

Instituto Politécnico de Beja
Escola Superior de Educação
Mestrado Psicogerontologia Comunitária

“Os impactos da institucionalização para a saúde mental das pessoas idosas.”

Elaborado por:

Eva Cristina Sales Francisco Molho

Nº 13467

Beja

2015

Instituto Politécnico de Beja
Escola Superior de Educação
Mestrado Psicogerontologia Comunitária

“Projeto de Intervenção”

***“Os impactos da institucionalização para a saúde mental das pessoas
idosas.”***

Elaborado por:
Eva Cristina Sales Francisco Molho
nº 13467

Orientador: Professor Doutor José Pereirinha Ramalho
Coorientadora: Professora Doutora Ana Isabel Lapa Fernandes

Beja

2015

Agradecimentos

A concretização deste projeto só foi possível graças a algumas pessoas, e como tal quero expressar aqui o meu profundo agradecimento.

Aos Orientadores Professor Doutor José Pereirinha Ramalho e Professora Doutora Ana Isabel Lapa Fernandes, o meu agradecimento pela disponibilidade prestada para a orientação deste trabalho.

À Associação de Beneficência de Pedrógão do Alentejo, onde foi realizada esta investigação, aos seus utentes participantes neste estudo, pela amabilidade e disponibilidade com que cooperaram e pela facilidade com que partilharam alguns dos momentos, bons e maus, das suas histórias de vida, sem eles esta investigação não seria possível.

Aos amigos, em especial à Maria José, obrigada pelo carinho, apoio, preocupação, palavras de incentivo e por sempre partilharmos o melhor e o pior. Estamos juntas! Agradeço também a algumas das colegas de turma, com quem desabafei, me ajudaram e tiraram algumas dúvidas.

Correndo o risco de esquecer alguém, agradeço, também, à minha família, pelo apoio incondicional, compreensão, amor e respeito que sempre demonstraram, o meu muito obrigado.

Por fim, mas não menos importante, um agradecimento especial aos meus filhos, Marta e Miguel pelo amor, compreensão e apoio dedicados, ao seu incentivo e ajuda que foram muito importantes nos momentos mais difíceis, a eles dedico este trabalho!

A todos muito obrigado!

Eva Molho

Resumo

Esta investigação tem como objetivo geral investigar as consequências da institucionalização para a saúde mental das pessoas idosas. Considerando diversas perspetivas teóricas, este estudo propõe-se analisar e discutir os efeitos da institucionalização na saúde mental do idoso e contribuir com a busca de alternativas para se repensar o processo de institucionalização e as práticas utilizadas pelas várias instituições que trabalham nesta problemática. Este estudo consiste numa investigação de carácter exploratório, do tipo quantitativo, realizado através de uma amostra por conveniência de vinte e cinco participantes. Os participantes nesta investigação tinham idades compreendidas entre os 55 e 95 anos, situando-se a maioria entre os 70-80 anos, sendo que catorze são do sexo feminino e onze do sexo masculino. Todos eles eram à data da investigação, utentes do Centro de dia da Associação de Beneficência de Pedrogão do Alentejo. Como instrumento de recolha de dados, aplicou-se um inquérito de avaliação psicossocial e um questionário de avaliação de bem-estar subjetivo. Deste modo, conclui-se que por motivos sociais ou de saúde as pessoas idosas passam várias horas do dia sozinhas. Neste âmbito, o Centro de Dia vem dar resposta a esta situação, verificando-se uma melhoria considerável da saúde mental nos seus utilizadores. No entanto, o idoso ao ser institucionalizado, ainda que parcialmente, por vezes tem um sentimento de inadaptação ao novo meio, perda de objetivos de vida, afastamento dos familiares e amigos, fazendo surgir sentimentos de solidão, de inutilidade e falta de motivação. Perante este cenário, propôs-se um projeto de intervenção que vise realizar atividades que desenvolvam o equilíbrio sócio-emocional, as relações interpessoais e a inserção no meio sociocultural, promovendo a inovação e novas descobertas na perspetiva da formação ao longo da vida, valorizando capacidades e competências que reforcem a auto-estima e auto-confiança do idoso.

Palavras-chave: Pessoas Idosas, Envelhecimento, Saúde Mental, Institucionalização.

Abstract

This research has as main objective to investigate the effects of institutionalization for mental health of older people. Considering various theoretical perspectives, this study aims to analyze and discuss the effects of institutionalization on elderly mental health and contribute to the search for alternatives to rethink the process of institutionalization and the practices used by the various institutions working on this issue. This study consists of an exploratory nature of research, quantitative, conducted by a convenience sample of twenty-five participants. Participants in this research were aged between 55 and 95 years, reaching the majority between 70-80 years, and fourteen are female and eleven male. All of them were at the time of research, users of the Day Centre Charity Association of Pedrogão do Alentejo. As data collection instrument, applied a psychosocial assessment survey and an evaluation questionnaire of subjective well-being this way, it is concluded that for social or health reasons older people spend several hours a day alone. In this context, the Day Centre responds to this situation by checking a considerable improvement of mental health in its users. However, the elderly to be institutionalized, even partially, sometimes have a feeling of inadequacy to the new environment, loss of life goals, withdrawal from family and friends, giving rise to feelings of loneliness, worthlessness and lack of motivation. Against this background, it was proposed an intervention project aimed to carry out activities to develop the social and emotional balance, interpersonal relationships and the insertion into the socio-cultural environment, promoting innovation and new discoveries in the perspective of education throughout life, enhancing capabilities and skills that enhance self-esteem and self-confidence of the elderly.

Keywords: Elderly, Aging, Mental Health, Institutionalization

Índice Geral

Abreviaturas e Siglas	10
Introdução	12
Parte I Enquadramento Teórico	15
1. Reflexões sobre o Envelhecimento	15
1.1. Pessoa Idosa, Velhice e Envelhecimento	15
1.2 As Diferentes Dimensões do Envelhecimento em Portugal	18
1.3 O Envelhecimento Ativo	19
1.4 O Papel da Psicogerontologia Comunitária no Envelhecimento.....	23
2. Saúde Mental e Envelhecimento	27
2.1.O Conceito de Saúde Mental	27
2.2 A Perspetiva Psicológica do Envelhecimento.....	30
2.3. Qualidade de Vida das Pessoas Idosas.....	33
3. Pessoas Idosas e Redes de Apoio	35
3.1 As Diferentes Redes de Apoio	35
3.2 As Redes de Apoio Informal.....	35
3.3 As Redes de Apoio Formal	37
4.O Processo de Institucionalização e o Envelhecimento	39
4.1 As Diferentes Respostas Sociais para Idosos.....	42
4.2. Os Centros de Dia.....	43
4.3. Origem Histórica dos Centros de Dia.....	45
4.4. Definição e Objetivos dos Centros de Dia	46
Parte II Estudo Empírico	49
5. Metodologia Utilizada	49
5.1.Tipo de Estudo	49
5.2.Objectivos do Estudo	50
5.3. Caracterização dos Participantes.....	50
5.3. 1.Caracterização do Campo de Estudo	51
5.4.Procedimentos	54
5.5. Instrumentos de Recolha de Dados	55

5.5.1. O Inquérito de Avaliação Psicossocial	56
5.5.2. O Questionário de Avaliação de Bem-estar Subjetivo	57
5.6. Análise, Interpretação e Discussão de Resultados.....	58
5.6.1.Tratamento e Análise dos Resultados	58
5.6.2.Discussão de Resultados	80
Parte III Projeto de Intervenção.....	84
6. Proposta de Projeto de Intervenção	84
6.1 Plano de Ação.....	85
6.2 Avaliação do Projeto	93
Conclusão	95
Referências Bibliográficas.....	98

Índice de Apêndices

A) Autorização para Realização de Projeto de Intervenção	107
B) Consentimento Informado	108
C) Inquérito de Avaliação Psicossocial	109

Índice de Anexos

A) Questionário de Avaliação de Bem-estar Subjetivo	114
---	-----

Índice de Quadros

Quadro 1 – Género dos Inquiridos	59
Quadro 2 – Idade dos Inquiridos	59
Quadro 3 – Estado Civil dos Inquiridos	59
Quadro 4 – Numero de Filhos	60
Quadro 5 – Escolaridade dos Inquiridos.....	60
Quadro 6 – Profissão Exercida	60
Quadro 7 – Respeito Formal a uma Religião	61
Quadro 8 – Autoavaliação da Situação Económica.....	61
Quadro 9 – Motivo da Institucionalização	61
Quadro 10 – Iniciativa da Institucionalização	62
Quadro 11 – Tempo de Institucionalização	62
Quadro 12 – Presença de um Confidente ou Relação Intima.....	62
Quadro 13 – Preocupação do Lar para com o Utente.....	63
Quadro 14 – Relação com os outros Residentes.....	63
Quadro 15 – Relação com o Pessoal do Lar	63
Quadro 16 – Preocupação da Família para com o Utente	64
Quadro 17 – Avaliação da Privacidade	64
Quadro 18 – Avaliação da Alimentação.....	64
Quadro 19 – Visita de Familiares	65
Quadro 20 – Ocupação de Tempos Livres: Ler.....	65
Quadro 21 – Ver Televisão.....	66
Quadro 22 – Ouvir Musica	66
Quadro 23 – Passear	66
Quadro 24 – Trabalhos Manuais	67
Quadro 25 – Jogar às Cartas	67
Quadro 26 – Conversar com os Amigos.....	67
Quadro 27 – Satisfação na Maioria dos Aspetos da Vida	68
Quadro 28 – Satisfação nas Condições em que Decorre a Vida	69
Quadro 29 – Satisfação com a Vida	70

Quadro 30 – Obteve as Coisas Importantes que Desejava	71
Quadro 31 – O que Mudaria se Vivesse de Novo	72
Quadro 32 – Satisfação com a Vida Presente.....	73
Quadro 33 – Perceção Face ao Stress: com Acontecimentos Inesperados.....	73
Quadro 34 – Por ser Incapaz de Controlar as Coisas Importantes	74
Quadro 35 – Por se Sentir Nervoso	74
Quadro 36 – Por sucesso e contrariedades	75
Quadro 37 – Por Envolvimento nas Alterações Importantes	75
Quadro 38 – Por Confiança em Lidar com os Problemas	76
Quadro 39 – Por os Acontecimentos lhe correr de Feição	76
Quadro 40 – Por ser Incapaz de Fazer Tudo o que Precisa	77
Quadro 41 – Por Controlar Situações Irritantes.....	77
Quadro 42 – Por Sentir que Controla as Coisas	78
Quadro 43 – Por se Sentir Irritado.....	78
Quadro 44 – Por Pensar Sobre o que Tem para Fazer.....	79
Quadro 45 – Por ser Capaz de Controlar como Gasta o seu Tempo	79
Quadro 46 – Por Sentir Cada Vez Mais Dificuldades Insuperáveis.....	80
Quadro 47 – Avaliação Global de Utentes por Atividades	94

Abreviaturas e Siglas

CE → Comissão Europeia

CCE → Comissão das Comunidades Europeias

DGS → Direção Geral de Saúde

EU → European Union

Et al → Outros

INE → Instituto Nacional de Estatística

IPSS → Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS → Organização Mundial de Saúde

ONU → Organização das Nações Unidas

WHO → World Health Organization

“Na África diz-se quando morre um ancião, que desaparece uma biblioteca (...). As pessoas idosas são intermediárias entre o passado, o presente e o futuro. A sua sabedoria e experiência constituem um verdadeiro vínculo vital para o desenvolvimento da sociedade”.

(Kofi Annan, Secretário-geral das Nações Unidas, na II Assembleia Mundial do Envelhecimento realizada de 8 a 12 de Abril de 2002, em Madrid, promovida pela ONU).

Introdução

O estudo apresentado surge como investigação realizada para a obtenção do grau académico de Mestre em Psicogerontologia Comunitária, pelo Instituto Politécnico de Beja.

Os idosos têm um peso cada vez mais representativo dentro da pirâmide etária. De acordo com as previsões do INE (2011), estima-se que no ano de 2020, estes serão mais do que os jovens, com uma percentagem de aproximadamente 18,1%, prevendo-se que, esta tendência aumentará até 2050. Este é um problema que tem vindo a surgir nas sociedades atuais, fruto da crescente diminuição dos índices de fecundidade, em que não está garantida a renovação das gerações futuras.

No entanto, para se dar resposta a uma sociedade que está cada vez mais envelhecida, é indispensável ter-se uma visão mais abrangente do conceito de envelhecimento, atendendo às várias dimensões do indivíduo e à pluralidade de fatores que envolvem esta etapa. Isto porque, para se envelhecer bem, não basta ser-se saudável, é necessário participar na sociedade com segurança, respeito e cooperação entre as diferentes gerações.

O impacto social deste novo perfil populacional carece de novas respostas para quem envelhece e para quem apoia o envelhecimento (Lopes,2007).

Perante este cenário, o presente trabalho de investigação tem como tema, os impactos da institucionalização para a saúde mental das pessoas idosas e pretende responder à seguinte questão de partida: “Quais são as consequências da institucionalização na saúde mental das pessoas idosas?”.

As razões subjacentes à escolha do tema apresentado, foram originadas por motivações de várias ordens: primeiramente, destaca-se como motivação de ordem académica, o facto de ser necessário desenvolver investigação para a obtenção do grau académico de Mestre em Psicogerontologia Comunitária, considerando-se ainda que esta pode ser uma mais-valia na área, devido à necessidade de estudos neste âmbito e ao número de pessoas inseridas neste crescente segmento específico da população.

Por outro lado, pode referir-se que a curiosidade por investigar este tema, em concreto, também foi motivada por fatores de ordem pessoal, decorrentes do interesse que a mestranda possui pela intervenção com esta faixa etária da população.

A motivação final, centra-se em aspetos de cariz profissional, surgindo do facto da mestranda, enquanto profissional com formação de base em Serviço Social, ter alguma experiência no trabalho com idosos, encontrando-se a operar num lar de terceira idade e a tentar assegurar um envelhecimento saudável a esta faixa etária, com a qual lida diariamente.

Através deste estudo empírico, pretende-se assim, desenvolver “uma aproximação ao conhecimento da realidade social como estratégia que possibilita repensar e renovar as práticas”. (Martins,1999:56).

A pertinência deste tema para a Psicogerontologia Comunitária alude ao enquadramento do presente mestrado, que pretende aprofundar questões que se prendem com o processo de envelhecimento, subdividindo-se em três grandes eixos: a perspectiva psicológica, gerontológica e comunitária.

Segundo Paúl et al, (2005:276) cit.Fernández-Ballesteros (2000), a Gerontologia visa “o estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento”. Nesta ótica, os gerontologistas debruçam-se sobre: os problemas funcionais que impedem o geronte de levar uma vida autónoma, nomeadamente, dificuldades e incapacidades físicas ou mentais, o modo como o processo de envelhecimento decorre ao longo do tempo e ainda, sobre as questões que se prendem com o facto da idade estar associada a determinados padrões de comportamento (Bengston, Rice e Johnson,1999).

Por outro lado, destaca-se a relevância do papel da Psicologia Comunitária que de acordo com a abordagem apresentada por Azêdo (2009:68) cit. Montero (2003), tem como principal objetivo “promover mudanças em um contexto diante da participação dos indivíduos, onde o psicólogo identifica as demandas sociais e utiliza estratégias de intervenção para facilitar o diálogo com a comunidade”.

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo geral:

- Compreender as consequências que o processo de institucionalização pode acarretar para a saúde mental das pessoas idosas;

Como objetivos específicos:

- Aprofundar o conhecimento dos conceitos inerentes à questão de partida;
- Proceder à recolha e análise de dados da amostra priorizando as necessidades de intervenção junto dos gerontes em estudo;
- Delinear um projeto de intervenção que atenda às reais necessidades da amostra estudada e entender em que medida o processo de institucionalização, ainda que parcial, pode influenciar a saúde mental dos gerontes estudados.

Por esta ordem de ideias, o presente documento está organizado em três pontos.

Numa primeira parte, é apresentado o enquadramento teórico, onde é feita uma revisão bibliográfica dando ênfase ao processo de envelhecimento, às suas determinantes biopsicossociais, à institucionalização, ao envelhecimento ativo e à saúde mental.

Na segunda parte, referente ao estudo empírico, descreve-se a metodologia utilizada, identificando os objetivos do estudo, caracterizando os seus participantes e justificando as opções selecionadas para exploração do mesmo.

Na terceira parte, segue-se a apresentação do Projeto de Intervenção que se delineou, de acordo com as necessidades e recursos detetados.

Seguidamente surge a conclusão do trabalho, na qual se pretende apresentar as principais linhas de pensamento abordadas ao longo do mesmo.

Por fim, serão mencionadas as referências bibliográficas que serviram de suporte ao estudo em questão.

Parte I Enquadramento Teórico

1. Reflexões sobre o Envelhecimento

1.1. Pessoa Idosa, Velhice e Envelhecimento

O envelhecimento é um processo que decorre durante toda a vida do indivíduo, iniciando-se com o nascimento e terminando com a morte. Este processo provoca no organismo alterações biológicas, psicológicas e sociais, que vão afetando a aparência, as capacidades e a forma como o ser humano se relaciona e a forma como é visto pelos outros. Quanto ao conceito de velhice importa referir que é considerada a última fase do processo de envelhecimento. A velhice não é considerada um processo (tal como o envelhecer), mas antes um estado que caracteriza a condição do ser idoso.¹ (Santos, 2003:10).

Segundo Netto, o envelhecer “é um processo complexo e universal comum a todos os seres vivos, como tal deve “ser encarado como mais uma etapa da vida, etapa que pode e deve ser significativa”. (Netto, 2000:41).

Fernandes define a velhice como “a fase da vida em que as capacidades e resistências físicas vão gradualmente diminuindo”. Este é um dos aspetos mais evidenciados na literatura sobre o envelhecimento. A perda de capacidades físicas e cognitivas vai-se acentuando à medida que os anos vão avançando. (Fernandes, 1997:1).

Para Netto, “entre todas as definições existentes, cremos que a que melhor satisfaz é aquela que conceitua o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente...”. (Netto, 2000:44).

¹ Retirado do site: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo15.htm/> acedido em 08/10/2014

Envelhecer significa a passagem por várias etapas na vida. Em qualquer dessas etapas houve no ser humano alterações ao nível físico, ao nível social e ao nível psicológico.

De acordo com o Autor, “envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Tais alterações, são naturais e gradativas. É importante salientar que essas transformações são gerais, podem verificar-se em idades mais precoces ou mais avançadas e em maior ou menor grau, de acordo com as características genéticas de qualquer indivíduo e, principalmente com o modo de vida de cada um.”. (Zimerman, 2000:21).

Independentemente do autor e das suas definições de envelhecimento existem pontos em comum, tais como caracterizar o envelhecimento como um processo que vai decorrendo ao longo da vida e que vai provocando alterações no indivíduo. Essas alterações podem ser visíveis a nível físico, mas a nível psicológico não é dado adquirido que todos os idosos sofram um retrocesso nas suas capacidades. Existem perdas, mas também existem ganhos, que estão relacionados com a quantidade de anos vividos e as experiências vivenciadas.

Ser-se idoso não é, como o foi no passado, uma situação excecional e tende a tornar-se cada vez mais vulgar (Rosa, 1993). Segundo a DGS (Direção Geral de Saúde), o envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo que se traduz no declínio das estruturas biológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, e que com ele apresenta sinais fisiológicos, cognitivos e afetivos característicos. O envelhecimento, como processo multidimensional, centra-se na interdependência entre a idade biológica, psicológica e social: a primeira está ligada ao envelhecimento orgânico e integra as mudanças no corpo associadas à passagem do tempo, em que cada órgão sofre modificações que alteram a capacitação funcional e individual; a idade psicológica relaciona-se com as competências que o indivíduo mobiliza em resposta às mudanças do ambiente e inclui, por exemplo, a inteligência, a memória e a motivação; a idade social refere-se ao papel, estatuto e hábitos do indivíduo, relativamente aos outros membros da sociedade, é fortemente determinada pela cultura e história do país e traduz indicadores de saúde familiar e social. (DGS, 2004).

Mais do que qualquer outra época anterior, o século XX caracterizou-se por transformações profundas e radicais, destacando-se o aumento do tempo médio de vida da população, em cerca de 30 anos, como o facto mais significativo no âmbito da saúde pública mundial. (Veras & Caldas, 2004).

A equação demográfica é simples: quanto menor o número de jovens e maior o número de adultos a atingir a terceira idade, mais rápido é o envelhecimento da população como um todo. (Camarano, 1999, cit. Por Veras & Caldas, 2004).

O crescimento significativo da população idosa é resultado da alta fecundidade ocorrida no passado, da redução da mortalidade (principalmente a infantil), dos avanços Científicos da medicina e de ganhos nas práticas de saúde biopsicossocial, bem como, mais recentemente, do declínio continuado de nascimentos, em função do crescente acesso da mulher a métodos contraceptivos. (Bortolanza, Krahll & Biasus, 2005).

Segundo Boff, a ciência impulsionou o desenvolvimento do capitalismo que, por sua vez, moldou o modo ocidental de ser e estar no mundo, e, se por um lado muitos benefícios foram alcançados por intermédio do conhecimento científico, por outro, a ciência silenciou outras formas de saber. (Boff, 2001, cit. Por Veras & Caldas, 2004). Neste contexto, a tradição e a sabedoria dos anciãos perdem valor face à palavra da ciência, sendo este facto mais evidente numas culturas do que noutras. O idoso tem sido encarado de formas diferentes ao longo dos tempos e nas diversas culturas.

Nas sociedades orientais é-lhe atribuído um papel de dirigente pela experiência e sabedoria enquanto nas sociedades ocidentais, apesar de ter sido considerado, até há algum tempo atrás, como um elemento fundamental na sociedade pelos seus conhecimentos e valores para as populações mais jovens, atualmente tem uma imagem e um papel social quase insignificante, sendo a diminuição das suas capacidades, num contexto de produtividade, um dos fatores mais referenciados. (Martins, & Santos, 2008).

Dentro desta linha de pensamento, o envelhecimento começou por ser encarado como uma catástrofe coletiva, uma doença que afligia e prejudicava as sociedades industrializadas – havendo quem, nesse sentido, o tivesse apelidado de «cancro social» ou de «peste branca, (Rosa, 1993) – uma vez que se associava o envelhecimento a indivíduos senis, inativos, fracos e inúteis para a sociedade. (Nogueira, 1996, cit. Por Martins & Santos, 2008).

1.2. As Diferentes Dimensões do Envelhecimento em Portugal

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial e a Organização Mundial de Saúde prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento.

Em 1950, havia cerca de 204 milhões de idosos no mundo. Em 1998, menos de cinco décadas depois, esse contingente alcança 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase oito milhões de idosos por ano. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2002, cit. Por Carneiro, Falcone, Clark, Prette & Prette, 2007).

O envelhecimento demográfico, que se traduz por um decréscimo da população jovem e um crescimento da população idosa, constitui uma das principais características das sociedades atuais, não sendo a portuguesa uma exceção neste panorama (Rosa, 1993). De acordo com os dados mais recentes do INE (Instituto Nacional de Estatística), entre 1960 e 1998 o envelhecimento da população portuguesa traduziu-se por um decréscimo de 35,1% na população jovem (entre os 0 e os 14 anos) e um incremento de 114,4% da população idosa (65 anos ou mais). (INE, 2011).

Em 2002, a relação entre o número de idosos e de jovens traduzia-se num índice de envelhecimento de 114 idosos por cada 100 jovens e em 2004 a população idosa residente em Portugal era estimada em 1.709.099 pessoas, o que representa 16,5% da população, sendo a esperança média de vida à nascença de 80,3 anos para as mulheres e de 73,5 anos para os homens (DGS, 2004). Os idosos coabitam, na sua maioria (62,8%), com os cônjuges, o que evidencia um número muito elevado de famílias na última etapa do ciclo vital em Portugal (INE, 2009). Em 2020, a percentagem de idosos atingirá os 18,1%, enquanto a proporção de jovens diminuirá para 16,1%. Paralelamente, assistir-se-á ao aumento da proporção da população com 75 anos ou mais que se elevará a 7,7% em 2020 (contra 5,6% em 1995). Em 2050, as estimativas apontam 243 idosos por cada 100 jovens (Silva, 2009:25). Se se atender aos dados do INE, existe uma previsão de que em 2050 Portugal será o quarto país, entre os vinte e cinco da União Europeia, com uma maior percentagem de idosos. Projeções recentes revelam que nos próximos 50 anos, em Portugal manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico havendo

a previsão de que, em 2060, residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem. (Instituto Nacional de Estatística, 2009, cit. Por Ferreira, 2009).

Daqui resulta uma profunda modificação do perfil etário da população portuguesa, que conta cada vez mais com indivíduos nas idades superiores e cada vez menos com indivíduos nas idades mais inferiores. Sendo a idade mais do que uma variável cronológica, esta modificação da estrutura etária naturalmente vai refletir-se sobre múltiplos domínios da sociedade. (Rosa, 1993:56).

1.3. O Envelhecimento Ativo

O envelhecimento é uma etapa da vida que deve ser perspectivada como normal, universal, e irreversível ao nível das transformações (Figueiredo, 2007). Este é um processo, complexo que origina desafios de várias ordens, não só para o indivíduo, como para as sociedades, em geral.

Neste âmbito, no decurso desta etapa, a pessoa é confrontada com os seus próprios desafios, sendo capaz de lhes responder de forma adaptada (o que resulta de um amadurecimento socio-emocional), ou pelo contrário, repetindo padrões de comportamento de forma desadequada, rígida e repetitiva. (Gomes e Oliveira, 2006).

Nesta perspetiva, é importante desmistificar a imagem produzida sobre a existência de um padrão na velhice, desconstruindo a ideia de que este processo não tem necessariamente, que significar declínio.

Atualmente, a visão sobre este conceito, está a alterar-se, mostrando que o geronte pode ser uma pessoa ativa, com capacidade de integração aos novos tempos, o que inclui possibilidades ao nível da produção intelectual, da utilização de novos recursos e da participação social. Segundo a abordagem da OMS (Organização Mundial de Saúde) o envelhecimento ativo pode ser definido como o “processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade vida”. (WHO,2002:13).

Este novo conceito, assente em três pilares e centrado em dois objetivos surge na sequência do envelhecimento saudável e pretende ser mais abrangente, estendendo-se para além da saúde, a aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, integrados

num modelo multidimensional que explica os resultados do envelhecimento. Deste modo, é entendido como mais consensual, no sentido que preconiza a qualidade de vida e a saúde dos mais velhos, com a manutenção da autonomia física, psicológica e social, para que os gerontes estejam integrados em sociedades seguras, assumindo uma cidadania plena.

Nesta perspetiva, o principal objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas, mesmo as que apresentam maior fragilidade ou incapacidade. Reconhece as pessoas idosas como um grupo heterogéneo, cujas diferenças tendem a aumentar com o avançar da idade e atribui-lhes uma responsabilidade política e social, no exercício de uma participação ativa em sociedade. (WHO, 2002).

Nesta lógica, o conceito de “ativo” remete para a participação e envolvimento em vários níveis: social, cultural, económico, civil e espiritual, e não apenas para a capacidade de estar fisicamente ativo, ou trabalhar.

Esta nova forma de entender e perspetivar o envelhecimento, enfatiza a importância das pessoas perceberem o seu potencial para a promoção do seu bem-estar e, sobretudo, da sua qualidade de vida. (Ribeiro, 2011).

A este propósito, alguns autores defendem que o geronte pode ser um “sujeito ativo da sua própria história”. (Pasqualotti, Pérez et al., 2007:33).

Para Fonseca, as teorias de envelhecimento bem-sucedido perspetivam a pessoa idosa como proactiva, que define os seus próprios objetivos e dispõe de recursos que lhe permitam adaptar-se às mudanças decorrentes da idade. Daí que, não exista uma única forma de se envelhecer com sucesso, mas diferentes formas de classifica-lo. (Fonseca, 2005:35).

Tal como defende o autor, a possibilidade de envelhecer com sucesso, numa perspetiva global, prende-se com a valorização dos seus aspetos psicológicos e sociais, sendo que tal “não cai do céu, é preciso desejá-lo, planeá-lo e fazer um esforço para o alcançar”. (Fonseca, 2005:281),

Deste modo, considera-se que o importante é envelhecer com qualidade, mantendo o equilíbrio do estado de saúde físico, psíquico e intelectual.

Neste sentido, considera-se que o compromisso ativo dos gerontes com a vida, requer não só saúde mental, como estratégias de ajustamento às mudanças inerentes a esta etapa (Rowe & Kahn, 1998) mas sobretudo, solidariedade e cooperação entre as diferentes gerações, para uma melhoria da qualidade de vida.

Um dos requisitos fundamentais para se envelhecer com qualidade é a manutenção da atividade física e mental.

A plasticidade do cérebro humano é tal, que permite que a estimulação cognitiva através de fatores ambientais, mantenha as conexões cerebrais em bom estado, restaure as que não estão a funcionar devidamente ou gere outras, conservando desta forma, a capacidade funcional do geronte e favorecendo a sua participação em sociedade.

Nesta perspetiva, a manutenção da capacidade cognitiva e o compromisso ativo, surgem como duas das características mais fundamentais para um envelhecimento bem-sucedido. (Rowe e Kahn, 1998:45).

Por outro lado, o geronte com maior contacto social tende a ser socialmente mais competente, e possuir níveis mais elevados de qualidade de vida uma vez que, a sua participação num grupo permite uma reavaliação do sentido de identidade, do seu papel, do lugar que ocupam na sociedade e inclusivamente, na família, podendo consequentemente devolver-lhe a dignidade. (Ascensão, 2011).

São justamente, a dedicação aos netos, a integração em atividades de voluntariado, entre outros aspetos, que podem surgir como promotores destes benefícios, sendo através desta permuta de saberes, que se vai contribuir para quebrar o fosso existente entre pessoas jovens e mais velhas e simultaneamente, estimular a e saúde mental, essencial para a manutenção de um “estado de bem-estar em que o indivíduo implementa as suas capacidades, enfrenta o stress normal da vida, trabalha produtivamente e com sucesso, e é capaz de contribuir para a sua comunidade”. (WHO, 2001).

Entende-se assim, que este conceito está associado ao bem-estar, qualidade de vida, capacidade de amar, trabalhar e relacionar-se com os outros.

Neste âmbito, a pessoa idosa, passa a ser determinante nas opções e escolhas que vai realizando, para a sua própria vida. Isto porque, “a abordagem do envelhecimento ativo

reconhece a importância dos direitos humanos das pessoas mais velhas e dos princípios de independência, participação, dignidade, assistência, e autorrealização, estabelecidos pela Organização das Nações Unidas”. (Ribeiro, 2011:3).

Acreditar na importância da atribuição de papéis sociais significativos, através de um envelhecimento ativo, possibilita que estas comunidades demonstrem o seu desejo de participação e transmissão de conhecimentos, o que se torna fundamental para a manutenção da sua saúde mental, resgate da autonomia, cooperação entre as várias gerações e consecutiva ampliação de direitos.

A valorização deste paradigma, é apoiada pela Comissão Europeia que tem como principal objetivo: “agir e introduzir mudanças que permitam construir uma sociedade mais inclusiva para pessoas de todas as idades. Todavia, não basta querer. É necessário um esforço de colaboração contínuo que requer a participação de diversos intervenientes”. (European Union, 2012:12).

No entanto, é importante perceber que tal pode não ser transversal a um grupo populacional, devido ao género e cultura ou implicar outros fatores como: os determinantes sociais, económicos, pessoais e comportamentais, os próprios serviços sociais e de saúde e o ambiente físico. (WHO, 2002).

Neste sentido, as perspetivas mais positivas relativas à saúde mental e ao envelhecimento ativo e bem-sucedido, salientam a importância de se planearem e equacionarem respostas diversificadas, quer ao nível dos serviços de saúde, quer a nível dos serviços sociais e educativos, que promovam a autonomia, o bem-estar psicológico e a saúde desta população. (Fragoeiro, 2008).

Contudo, é impreterível que, essas respostas passem não só pelos próprios gerentes, bem como pela família e pela comunidade.

Existe portanto, uma sensibilização social a ser feita, no sentido de se reconhecer a velhice como uma etapa da vida, que requer não só a efetivação de direitos sociais específicos, bem como a manutenção da autonomia e da cidadania dos gerentes sendo que tal requer: um ambiente com suporte social, maiores níveis de educação e aprendizagem ao longo da vida, paz e proteção contra a violência e abuso. (Fragoeiro, 2008).

1.4. O Papel da Psicologia Comunitária no Envelhecimento

O fenómeno do envelhecimento demográfico é uma realidade. Porém é fundamental que tal não seja entendido como um problema, mas sim como uma oportunidade para se viver em comunidade de forma saudável, autónoma e com qualidade, o maior tempo possível.

Nesta perspetiva, considera-se relevante continuar a promover o desenvolvimento dos mais velhos, uma vez que este é um processo que decorre ao longo de toda a vida, merecendo uma atenção científica idêntica à que tem estudado o desenvolvimento humano, nos primeiros anos de vida. (Fonseca, 2005:77).

A este propósito acrescenta o autor que, é muito importante que o geronte procure “otimizar o seu desenvolvimento, tendo em vista (...) envelhecer de uma forma positiva e bem-sucedida”. (Fonseca, 2005:187).

No entanto, para que tal aconteça, é necessário existirem respostas adequadas, mas sobretudo cooperação cívica, participação social, profissionalismo, ética e solidariedade entre as diferentes gerações.

Procura-se assim, apoiar a comunidade na identificação de questões relevantes para as suas vidas, através do desenvolvimento de estratégias, que lhe permitam torná-las mais competentes e estáveis para resolver essas mesmas questões.

Neste âmbito, “A psicologia comunitária valoriza a fundamentação empírica, sublinhando a utilidade da investigação não apenas para conhecer os efeitos das condições ambientais na saúde e bem-estar das pessoas ou para o desenvolvimento da teoria, mas também para avaliar programas, analisar políticas, identificar e compreender os fatores facilitadores e os obstáculos à mudança e responder de forma mais eficaz às questões e problemas das comunidades”. (Ornelas, 2008:44).

Este modelo não se focaliza apenas nos contextos geográficos. Pressupõe não só, um compromisso com a reflexão e a evidência científica, como uma intervenção focalizada na mobilização de recursos naturais, sendo essencial para expandir as redes de suporte social, aperfeiçoar as competências pessoais, sociais e vocacionais desta franja populacional, bem como oportunizar a sua afirmação dentro da comunidade,

como membros determinados, produtivos, capazes de revelarem o seu potencial e levarem uma vida tão normal quanto possível, superando os problemas que os envolvem.

Esta intervenção, tem como principal finalidade desenvolver projetos socioeducativos em contextos sociocomunitários diversificados, relacionando-os com o domínio do envelhecimento e adaptando-as às particularidades e necessidades específicas dessa população.

Nesta perspetiva, esta intervenção, gera um “sentimento psicológico de comunidade” em que “o sentimento de pertença que os membros possuem, que se preocupam uns com os outros e com o grupo e uma fé partilhada de que as necessidades dos membros serão satisfeitas através do seu compromisso em estar juntos.”. (Ornelas, 2008:60, cit. McMillan e Chavis, 1986:9).

Contudo, não pode ser feita de uma forma isolada. Requer uma atuação integrada, acompanhada de mudança de comportamentos e atitudes da população em geral, mas também dos profissionais de várias áreas de intervenção.

Nesta lógica, o sistema de apoio na comunidade, deve assentar em quatro pilares fundamentais: o geronte, a plena integração nos seus contextos naturais (através do acesso igualitário a bens e serviços que continuem a promover o seu desenvolvimento), a família e os profissionais que o acompanham.

Numa primeira análise, trata-se de uma intervenção com as pessoas e para as pessoas onde todos os atores envolvidos nas ações realizam trocas mútuas onde o geronte tem o poder e capacidade de decisão para fazer as suas próprias escolhas. Nesta ótica, é necessário gerar possibilidades objetivas para que estes indivíduos se desenvolvam enquanto pessoas e cidadãos, exercitando essa condição.

Isto porque, tal como defende o Autor, “A Psicologia Comunitária considera os indivíduos não como objetos passivos de investigação, mas (...) participantes e colaboradores nesse processo (...)”. (Ornelas, 2008:44).

De seguida, é determinante ajustar o ambiente às fragilidades e necessidades específicas desta faixa etária, desenvolvendo estratégias capacitadoras que contribuam para ultrapassar as desigualdades e gerem as mesmas oportunidades para estes cidadãos.

Neste âmbito, destacam-se fatores como a abolição de determinadas barreiras arquitetónicas, por exemplo.

Por outro lado, destaca-se o apoio da família, “A família continua a ser vista como uma instituição significativa para o suporte e realização efetiva da pessoa ou o garante da sustentabilidade necessária aos ascendentes aquando do envelhecimento”. (Araújo, Paúl e Martins, 2010:47).

Neste sentido, é fulcral que não se alimente a rutura ou o afastamento do geronte e que exista uma prevalência da relação familiar.

Criar vínculos afetivos estáveis e estabelecer trocas recíproca, favorecendo o cuidado e proteção aos mais velhos, possibilita a sua (re) integração social é um aspeto fundamental para se consolidar um verdadeiro processo de mudança sendo que, para tal é necessário determinação, mas sobretudo aceitação, partilha e compromisso.

Relativamente aos Psicogerontólogos, devem funcionar como agentes de mudança, apoiando a adoção deste modelo comunitário, defendendo a integração social e criando estratégias que permitam desafiar a crescente participação destas pessoas.

Para tal, é necessário, sensibilizar os vários atores sociais, para esta nova realidade, com o intuito de promover a integração de grupos socialmente mais vulneráveis.

Neste sentido, “A intervenção comunitária tem um longo percurso realizado em Portugal, particularmente a nível educacional e a nível das situações de extrema pobreza ou exclusão social. Este trabalho, mais desenvolvido no âmbito da intervenção de campo, tem procurado encontrar soluções concretas para problemas sociais reveladores de situações extremas”. (Ornelas, 2008:23).

Deste modo, considera-se essencial, que estes profissionais estabeleçam um compromisso com a ação, incorporado numa atuação multidisciplinar consistente, uma vez que poderá estar nas mãos, a prevenção de questões como a solidão, o isolamento e a depressão.

Neste prisma, os profissionais desta área poderão revelar-se verdadeiros facilitadores de acesso a determinados bens e serviços que simultaneamente, podem valorizar a capacitação e autonomia deste grupo etário, proporcionando-lhe maior nível de saúde, felicidade, bem-estar e qualidade de vida.

Estes profissionais têm oportunidade de dar o seu contributo para uma sociedade mais justa, equitativa, humanizada e inclusiva, trabalhando em Projetos que vão de encontro às reais necessidades dos gerentes e que os façam superar a exclusão de que muitas vezes, são alvo. Ou seja, esta intervenção também envolve uma ação política, que garanta uma melhoria ao nível das políticas sociais, ou uma vez já criadas, assegurar que de facto, estas são implementadas e operacionalizadas e atendem cabalmente às necessidades de toda a população. Isto porque, tal como defende o autor, a psicologia comunitária no envelhecimento “(...) é orientada por valores(...) e por um conjunto de princípios(...) nomeadamente, a promoção do empowerment, e da justiça social, o respeito pela diversidade e pelo contexto e a valorização das competências e da participação dos cidadãos.”. (Ornelas,2008:45).

Só deste modo será possível gerar “Um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder – psicológico, sociocultural, político e económico – que permite a estes sujeitos aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania.”. (Pinto,2001:247).

Isto é, o verdadeiro empowerment que envolve as pessoas isoladas ou silenciadas, na conquista de objetivos através da identificação de contextos que lhes possibilitem tomar as suas próprias decisões e ter voz em relação aos problemas que lhes estão subjacentes. (Rappaport,1992).

Nesta lógica, considera-se imprescindível a existência ou criação de novos projetos, que possibilitem aos mais velhos a partilha de experiências em ambientes permeados pela orientação e criatividade, em que se sintam úteis e sejam considerados produtivos física, psíquica, intelectual e socialmente para serem verdadeiramente incluídos numa sociedade da qual fazem parte.

2. Saúde Mental e Envelhecimento

2.1. O Conceito de Saúde Mental

Sem saúde mental não há saúde. É esta que possibilita ao indivíduo o acesso à realização intelectual e emocional, bem como a integração na escola, trabalho e sociedade, contribuindo para a prosperidade, solidariedade e justiça social da sociedade. (Comissão das Comunidades Europeias – C.C.E., 2005).

A Organização Mundial de Saúde (C.C.E., 2005) define saúde mental como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”. Estão incluídos na doença mental perturbações e desequilíbrios mentais, disfuncionamentos relacionados com angústia e sintomas e doenças mentais diagnosticáveis (esquizofrenia e depressão, por exemplo). Existe uma multiplicidade de fatores que determinam a condição mental de cada indivíduo: i) biológicos (genética e sexo), ii) individuais (antecedentes pessoais), iii) familiares e sociais (enquadramento social), iv) económico e ambientais (estatuto social e condições de vida).

As doenças mentais têm várias implicações. Constituem uma das principais causas de reforma antecipada e de pensões por invalidez e os doentes continuam a sofrer e a ser alvo de exclusão social, estigmatização, sendo os seus direitos e dignidade desrespeitados. Segundo a OMS, uma abordagem holística que englobe não só a prestação de cuidados mas também ações direcionadas para a população em geral, com o objetivo de promover a saúde mental e prevenir a doença e dar respostas aos problemas de estigmatização e direitos humanos. (C.C.E., 2005).

A viuvez é um acontecimento que afeta o nível de saúde mental a curto, médio e longo prazo. As investigações demonstram que a médio prazo as viúvas revelam pouca saúde mental, enquanto que a longo prazo parece existir uma diminuição dos sintomas depressivos. (Bennet e Murphy, 1999). A mulher tem um envelhecimento especial, pois sente mais o peso das normas relacionadas com a idade e é considerada velha mais cedo que o homem. Apesar de sofrerem as mesmas alterações corporais, as mulheres experimentam uma série de acontecimentos que fazem com que todo este trajeto seja muito particular. (Levet, 1995).

A longevidade é um dos aspetos que diferencia os géneros, já que a esperança de vida à nascença é superior em cerca de nove anos à dos homens (Levet, 1995:45). A incidência de incapacidade nas mulheres e nos homens é similar na velhice, mas a prevalência é maior nas mulheres pois estas vivem mais tempo após o início de dependência. (Manton, 1988, cit por Squire, 2005) Nesta perspetiva, perante a exposição a alguns fatores de stress, os sujeitos também reagem de forma diferente; as mulheres tendem a procurar mais suporte social e catarse, enquanto os homens enfrentam os problemas com o propósito de os resolver. (Porter, 2000, cit por Rabasquinho e Pereira, 2007).

Segundo o Autor é natural que durante o denominado processo de luto ocorram alguns distúrbios, como os de sono ou alimentação, ou algumas manifestações somáticas como a falta de ar, aperto no peito, falta de energia, insónia, passividade, alucinações e ansiedade. As alterações do sono podem estar relacionadas com somatização ou dever-se ao facto que durante o sono ou em períodos de atenção relaxada, as lembranças dolorosas tendem a invadir a mente e acabamos por reviver o trauma. (Parkes, 1998).

Do ponto de vista do autor, as doenças crónicas, as mudanças fisiológicas, a má nutrição e a medicação podem despoletar os problemas psicológicos dos idosos. Problemas de visão, audição e reações lentas contribuem certamente para uma perda de confiança e para o isolamento social em algumas pessoas idosas, o que se pode repercutir de diferentes formas: precisar de ajuda para preencher qualquer documentação, estar inseguro com as trocas monetárias efetuadas nas compras e até mesmo precisar de ajuda para andar na e atravessar a rua ou seja, as tarefas que eram noutrora consideradas rotineiras podem tornar-se quase que enviáveis. (Squire, 2005).

Segundo a autora citada anteriormente, habitualmente o luto não é considerado como uma perturbação mental embora nesta faixa etária se esteja bastante exposto a perdas sucessivas de amigos e família. Assim, a presença de um confidente pode constituir uma proteção adicional para as formas mais comuns de perda.

A resiliência é a capacidade que o individuo tem de manter as suas habilidades de adaptação e utilizar recursos internos de modo competente face aos problemas das diferentes etapas do ciclo vital e das adversidades da vida. (Marrone, 2001, cit por Mazorra, 2009). Perante as situações de adversidade, a crise é um risco para a saúde mental mas também uma oportunidade de crescer. (Walsh, 1998, cit por Mazorra, 2009).

Neste âmbito, os efeitos produzidos pela perda sobre a saúde mental, fazem-se sentir durante vários anos após a perda, sendo observados elevados níveis de depressão e uma saúde mental mais pobre. A participação social e o convívio permaneceram inalteráveis a médio prazo, tal como a saúde física. (Bennet, 1997). Num estudo posterior realizado pela mesma autora, os homens revelaram uma diminuição da saúde mental e um aumento da depressão, associado a uma diminuição da sua participação social em contraste com a participação social das mulheres que não sofreu alterações mas que diminuiu a longo prazo, só como função da idade e não da viuvez. (Boelen et al, 2003, cit por Melo, 2004) apesar da perda de um ente querido ser considerada como um dos acontecimentos de vida mais stressantes que uma pessoa pode experimentar, a maioria recupera da perda sem ajuda profissional.

Algumas pessoas não conseguem recuperar e a sua saúde mental acaba por sofrer alterações constantes, sendo os problemas mais usuais a depressão, sintomas de perturbação de stress pós-traumático e outras perturbações ansiosas, raiva e sentimentos de culpa. (Bonanno e Kaltman cit. por Boaelen, Bout e Hout, 2003, cit por Melo, 2004).

Existem uma série de variáveis cognitivas fortemente relacionadas com a severidade dos sintomas do luto traumático, sendo este caracterizado por sintomas de ansiedade pela separação (saudades, procura, preocupação com o falecido ao ponto de ficar funcionalmente inapto) e angústia traumática (amargura, entorpecimento, falta de confiança nos outros, desinteresse emocional) de depressão e de ansiedade, As variáveis são:

- 1) Crenças globais negativas (acerca de si mesmo, do mundo e do futuro);
- 2) Crenças acerca de auto culpabilização;
- 3) Crenças negativas acerca das respostas de outras pessoas após a perda;
- 4) Crenças negativas acerca das reações de luto do próprio (crenças negativas acerca da adequação dos próprios sentimentos, crenças acerca da tendência para estimar a dor emocional como forma de manter o laço com a pessoa falecida e interpretações das reações de luto como sendo uma “ameaça” para a própria saúde mental).

Para Carrol et col (1985, cit por Bennett e Murphy, 1999:8), a classe social pode influenciar a saúde pois pode existir uma distribuição desigual de oportunidades de vida e do stress na sociedade, também Lee e Owen (1985, cit por Bennett e Murphy, 1999) salientam que o acesso limitado a instalações de lazer pode reduzir o envolvimento em programas de exercício e assim por diante.

2.2. A Perspetiva Psicológica do Envelhecimento

O equilíbrio psíquico do idoso irá depender da sua capacidade de adaptação à sua existência e com as condições que o meio lhe oferece. ”Envelhece como se viveu” (Ballone, 2004:5). Ao nível psicológico são as sucessivas crises pelas quais o idoso passa que alteram as suas características psicológicas. (Fonseca, 2004).

O envelhecimento é afetado pelos modos de vida e embora não possa ser evitado, pode ser retardado através de atividades físicas, cuidados com a alimentação, apoio psicológico e estimulação mental. O envelhecimento psicológico é a diminuição das faculdades psíquicas e físicas, originando ao idoso por vezes um sentimento de inadaptação ao meio, perda de objetivos de vida e até um afastamento e isolamentos dos familiares e amigos surgindo sentimentos de solidão e de inutilidade para o idoso. Para (Mestre, 1999). Algumas mudanças psíquicas que ocorrem no idoso que podem dificultar a sua adaptação aos novos papéis, nomeadamente, falta de motivação, dificuldade em se adaptar às mudanças, baixa autoimagem e autoestima. (Zimerman, 2000).

Por outro lado, estudos indicam que os mais velhos são menos impulsivos e menos afetados pela ansiedade e que tem um maior controlo emocional. (Lima, 2004). Durante o envelhecimento psicológico perde-se algumas capacidades cognitivas (rapidez de aprendizagem e memória) muitos deles devido ao desuso (falta de prática), a doenças, o uso de medicamentos e álcool, falta de motivação e confiança em si ou devido a fatores sociais como a solidão, no entanto também se obtêm ganhos nomeadamente a nível da sabedoria, conhecimento e experiência. (OMS, 2002). Saber superar as adversidades, adaptar-se às mudanças do envelhecimento, saber preparar-se para a reforma irá determinar o processo de envelhecimento. (OMS, 2002).

No decurso da vida a personalidade da pessoa é submetida a várias perturbações. Se o idoso se adapta mal, ou se nem sequer se adapta às mudanças, quando o seu meio interno e externo sofrem grandes alterações surge a tendência para se acomodar. (Levet, 1995:98) Segundo o autor, é natural que os problemas psicológicos ou emocionais dos idosos passem despercebidos, pois são facilmente tidos como inerentes ao processo de envelhecimento. No entanto os próprios indivíduos podem não ter vontade de procurar

ajuda ou revelar os seus sentimentos a outros, com medo de serem estigmatizados, ou por falta de conhecimento das ajudas que possam ter disponíveis. (Squire, 2005).

A saúde psicológica dos idosos evoca muitas vezes uma imagem muito negativa: na melhor das hipóteses perda de memória e confusão e, na pior das hipóteses a senilidade. O que afeta a condição psicológica do idoso, em primeiro lugar, é a perda dos vários papéis que tem tido ao longo de toda uma vida, esta perda sucede progressivamente e é irreversível. Em geral, o primeiro papel que desaparece é o dos pais. Claro que se continua a ser pai e mãe independentemente da idade dos filhos, mas não há comparação entre os pais de uma criança e os pais de um adulto. Salvo algumas exceções (doenças), todas as evoluções sociais ligadas a este papel desaparecem, deixando um vazio doloroso – “complexo do ninho vazio”, particularmente difícil de ultrapassar pelas mães “donas de casa”.

O segundo papel a ser abandonado é o de profissional e surge em idades diferentes para os assalariados ou para os trabalhadores independentes. Para os assalariados a reforma corta sem contemplações a organização do tempo, os recursos e as relações sociais. Esta passagem também pressupõe para alguns a perda de outros papéis que com eles estavam articulados: sindical, social e político. Por fim o último papel que desaparece e que acaba por dar uma tonalidade triste ao fim da vida, é o de cônjuge, sendo que a viuvez arrasta consigo e instaura a solidão afetiva e sexual. (Levet, 1995).

O bem-estar emocional abrange o sentir-se bem consigo mesmo, ter a capacidade de lidar com a tensão e stress e, sentir que se tem controlo. Apesar destes atributos estarem poucas vezes à disposição dos idosos, é importante ter em consideração que o sentimento de controlo desta população é frequentemente comprometido. Se os idosos sentirem que não têm controlo sobre a sua deterioração física e mental, provavelmente reduzem as suas atividades e mecanismos de adaptação e acabam por desistir. Os problemas psicológicos nos idosos podem ser agravados pelas mudanças fisiológicas, doenças crónicas, medicação e má nutrição. (Paúl, 1997).

A autora refere ainda que, a confiança também poderá ser abalada por dificuldades de locomoção, problemas auditivos e de visão chegando nalguns casos a contribuir fortemente para o isolamento social. Tarefas outrora consideradas fáceis e rotineiras podem acabar por se tornar extenuantes para os idosos.

O comportamento dos idosos é tido como um todo, em que uma alteração no sistema biológico, um agravamento de uma deficiência sensorial ou motora, o desaparecimento de um ente querido da sua rede social de apoio se confundem com uma disfunção do humor, apatia ou perda de capacidades cognitivas.

Victor (1989, cit. Por Squire, 2005) descreveu a demência como sendo uma diminuição global das funções mentais superiores, perda de memória, incapacidade para resolver problemas, perda de capacidades aprendidas, perda de capacidades sociais e de controlo emocional. As causas mais comuns de demência são:

- Doença de Alzheimer (morte das células cerebrais e consequente atrofia do cérebro);
- Enfartes cerebrais múltiplos (causam danos no córtex cerebral, que é a área associada à aprendizagem, memória e linguagem);
- Deficiência de vitamina B12 (ajuda a manter a saúde do seu cérebro e é responsável pela criação das suas células, a sua carencia causa falhas de memória);
- Coreia de Huntington (é um distúrbio neurológico hereditário caracterizado por causar movimentos corporais anormais e falta de coordenação, também afetando várias habilidades mentais e alguns aspetos de personalidade).

Para o autor, o bem-estar psicológico pode ter um efeito protetor na saúde física. Existe uma correlação entre o aumento das taxas de morbidade mortalidade dos idosos e a redução no contato social. Existe uma menor probabilidade dos indivíduos adotarem comportamentos ditos saudáveis se o contato social é escasso ou mesmo inexistente. (Squire, 2005). Na perspetiva do mesmo autor, todas as perdas relacionais são sentidas como que uma agressão que necessita de mobilização de energia e de ajustamento a um novo contexto de sociabilidade. Procura-se um novo equilíbrio e tem-se uma nova perspetiva de si mesmo.

2.3. Qualidade de Vida das Pessoas Idosas

O Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da OMS definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (...) “baseia-se nos pressupostos de que qualidade de vida é um construto subjetivo (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composto por dimensões positivas (p. ex. mobilidade) e negativas (p. ex. dor)”. (Whoqol G, 1998)².

A Organização Mundial da Saúde, “tomando como base uma natureza multifatorial da qualidade de vida, considera seis domínios que objetivam demonstrar as diferentes dimensões do ser humano na determinação dos níveis de qualidade de vida da cada indivíduo. Domínios estes categorizados em saúde física (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso), saúde psicológica (sentimentos positivos, pensar memória, concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos), nível de independência (mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação e tratamentos, capacidade de trabalho), relações sociais (relações pessoais, suporte, apoio social, atividade sexual), meio ambiente (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de, recreação/lazer). Ambiente físico/ poluição/ ruído/trânsito/clima, transporte) e padrão espiritual”.³

A definição de qualidade de vida acaba por ser muito subjetiva. Medir os níveis de qualidade de vida, ou perceber até se, se vive com qualidade de vida pode ser um tema com muitas dimensões, sobretudo quando estamos a falar de pessoas idosas, e quando, como já foi referido anteriormente, o envelhecimento demográfico está a trazer consequências para esta faixa etária. É neste sentido que a OMS propôs o conceito de envelhecimento ativo, como o “processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o

² Fonte: Whoqol, G. (1998). Versão em Português dos Instrumentos de Validação de Qualidade de Vida. Consultado em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html> a 15/10/2014

³Retiradositehttp://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/foruns_interdisciplinares_saude/ppqvaf/ppqvaf_cap18.pdf f acedido em 15/10/2014

envelhecimento”. A qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais estão diretamente relacionadas com a atividade social, o convívio, o sentir-se integrado e útil na família e na comunidade. (OMS, 2005:13).

Segundo o autor, “avaliar a qualidade de vida na velhice implica na adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e socio estrutural. Vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade; saúde biológica; saúde mental; satisfação; controle cognitivo; competência social; produtividade; atividade; eficácia cognitiva; status social; renda; continuidade de papéis familiares e ocupacionais; e continuidade de relações informais em grupos primários (principalmente rede de amigos) ”. (Neri, 1993:10).

Para além de que “a investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como sobre as variações que esse estado comporta reveste-se de grande importância científica e social” (Neri, 1993:10). A continuidade de relações informais na sua rede de familiares e amigos é de extrema importância para que exista qualidade de vida. Esta continuidade deve manter-se mesmo depois do idoso ir residir para um lar de acolhimento. A sua qualidade de vida vai depender também dessas relações.

Neste âmbito, “A qualidade de vida dos idosos institucionalizados, além do acolhimento na instituição, depende também do convívio de pessoas próximas, através de amigos ou familiares, de forma a evitar o estado de solidão ou isolamento que muitos vivem devido ao afastamento destas pessoas. São de suma importância as ligações afetivas próximas”. (Carvalho, P. & Dias, 2011: 165 ⁴).

A este propósito o Manual de Boas Práticas da Segurança Social refere: “A presença assídua de pessoas significativas, familiares ou não, quando desejada pelo residente, é fundamental para o seu bem-estar. Devem ser criadas condições para que o acesso destes à residência seja o mais livre possível. Assim, a sua presença não deve ser vista como um fator perturbador do quotidiano, mas até como um apoio para muitas das atividades e cuidados. Aliás, mesmo que resulte alguma perturbação das visitas dos familiares ou amigos, as vantagens para o residente são sobejamente mais importantes.”. (ISS,IP, 2005:46).

⁴ Consultado em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium40/12.pdf> a 18/10/2014

3. Pessoas Idosas e Redes de Apoio

3.1. As Diferentes Redes de Apoio

Acerca deste assunto, e para a sua melhor compreensão é importante definir o que é uma rede de apoio, “o conceito de rede é normalmente entendido como um conjunto de vínculos que unem entre si os membros de um grupo”.(Quaresma et al, 2004:64). As redes de apoio ao idoso podem dividir-se em dois campos: rede formal de apoio, composta por serviços estatais de segurança social e por serviços de poder local, e rede informal de apoio, da qual fazem parte os amigos a família e os vizinhos.

3.2. As Redes de Apoio Informal

As redes de apoio informal ao idoso podem subdividir-se em dois grandes grupos a) as constituídas pela família do próprio idoso e b) as constituídas pelos amigos e vizinhos. (Paúl,1997:93).

Anteriormente a família era a grande prestadora de cuidados aos seus idosos e tinha uma importância fundamental “a interação familiar é vital para o bem-estar do velho e ele próprio faz parte desse sistema. Alias, foi por intermédio dele que o grupo se formou. A família deve ajudar o velho a viver não só mais, como melhor, de forma a não se tornar um peso para si e para os que o cercam, e sim uma pessoa integrada no sistema familiar”. (Zimerman, 2000:51).

No entanto, o tempo foi mudando e as estruturas da sociedade foram sofrendo alterações, e neste sentido prossegue Zimerman “os velhos de hoje vem de uma família que não eram como a atual. Portanto é comum haver choque de ideias entre pais filhos e netos, porque os tempos mudam e nem sempre as pessoas conseguem colocar-se dentro da realidade na qual o outro foi formado, ou está vivendo ”. (Zimerman, 2000:52).

Com a evolução da sociedade, o papel da família no apoio aos seus idosos tem vindo a sofrer alterações. A família tem cada vez mais um papel atenuado, muito devido a aspetos como “o trabalho feminino fora do lar e a própria exiguidade das habitações”. (Paúl, 1997:93). Se antes a família era a grande prestadora de cuidados aos seus idosos, atualmente já não é possível. A noção de família também foi sofrendo alterações ao longo do tempo, e atualmente, estamos perante um conceito completamente diferente. A entrada da mulher no mercado de trabalho, a exiguidade das habitações, o decréscimo das famílias alargadas é um entrave a que a população idosa tenha a família como a grande prestadora de cuidados. Outro entrave é a conciliação da vida familiar com a vida profissional, que muitas vezes não é possível conciliar. Embora se verifique um afastamento, é importante sublinhar que a família ainda é uma fonte de entreaajuda.

Neste âmbito, “As redes sociais de apoio informal, constituídas pelos vizinhos e amigos do idoso, embora menos estudadas, parecem desempenhar também um papel preponderante no apoio à velhice, principalmente do ponto de vista emocional, mas também da ajuda instrumental, verificando-se esta ultima, mais em situações de ausência de familiares”. (Paúl, 1997:93).

No entanto, “para muitos idosos, as redes de apoio informal são incapazes de preencher as necessidades existentes, quer devido à inadequação da rede, quer porque as suas necessidades ultrapassam a capacidade de apoio proveniente desse sistema” (Paúl, 1997: 116). É nestas situações que se recorre ao apoio formal.

As pessoas idosas, quando se encontram em situações que reclamam apoio, necessitam de respostas de qualidade, “estas respostas devem ser desenvolvidas na perspetiva do reconhecimento do direito das pessoas idosas à plena cidadania, à igualdade de oportunidades, à participação no processo de desenvolvimento económico, social e cultural”. (Manual das Boas Práticas, Instituto da Segurança Social, I. P.,2005:8). No entanto, e ainda segundo o mesmo Manual “a realidade mostra, porém, que há um número considerável de pessoas em condições de acentuada dependência, que não encontram resposta capaz nesse meio, por inexistência de meios económicos e apoios, nomeadamente familiares”. (Manual das Boas Práticas, Instituto da Segurança Social, I. P.,2005:8).

3.3. As Redes de Apoio Formal

Nestes casos a alternativa é recorrer a estruturas residenciais, centros de dia ou apoio domiciliário, ou seja, à rede formal de apoio. “Tomar a decisão de entrar para uma estrutura residencial é uma grande mudança na vida de uma pessoa. Com ela vem, quase sempre a separação do meio familiar, obrigando a pessoa idosa a adaptar-se a um novo ambiente. É pois um ato de grande impacto emocional, que representa muitas vezes uma rutura em relação à vida e aos hábitos anteriores”. (Manual de Boas Práticas, 2005:41).

A população idosa como já vimos anteriormente está a crescer a um ritmo acelerado. Esta realidade aumenta a problemática dos idosos que precisam de recorrer a instituições que os acolham nesta fase das suas vidas. Com esta constante mudança as instituições terão que se adequar para que possam dar resposta, não só em quantidade mas também em qualidade, de forma a promover dignidade e qualidade de vida a estes idosos.

O Manual de Boas Práticas da Segurança Social quando se refere ao acolhimento de idosos em lares coloca a seguinte questão: “Será que as pessoas acolhidas em estruturas residenciais – qualquer que seja a sua dimensão, forma ou natureza – vivem numa casa? (Manual de Boas Práticas da Segurança Social , 2005:12).

O Manual prossegue com a seguinte resposta: “Claro que sim. Quem vive em acolhimento residencial deve sentir-se em sua casa” (...) “acolhimento residencial é um tipo específico de casa, com características e formas de organização próprias. Os seus elementos não são apenas os que nela residem, mas todos os que contribuem para a sua existência e desenvolvimento, isto é, colaboradores remunerados e voluntários, diretores, familiares e amigos dos residentes, entre outros”. (Manual de Boas Práticas, 2005:12).

Neste âmbito, “os lares ou residências para idosos são estabelecimentos de alojamento definitivo. A imagem e o valor simbólico que sugerem são quase sempre negativos, porque remete para uma velhice triste, pobre e solitária, enquanto etapa à espera da morte”. (Fernandes, 1997:150). Para estes idosos é uma grande mudança na sua vida. “O desenraizamento a que foram sujeitos, quando entraram numa instituição, produziu ruturas com o modo de vida habitual e é muito difícil recrutar novos agentes de troca, inventar novas atividades com outros ou estabelecer novos laços sociais”. (Fernandes, 1997: 151).

A maior parte dos idosos ao longo da sua vida, mas principalmente quando se atinge uma idade mais avançada, “sofrem várias perdas de pessoas da sua rede social (cônjuge, irmãos, amigos) e a entrada para um lar, subsequente ou não a estas perdas, também pode acarretar uma rutura, mesmo que não total, nas suas relações”. (Paúl 1997:116).

Já é muito difícil para um idoso, que sofreu algumas perdas, principalmente quando se trata do cônjuge, encontrar novas formas de viver o seu dia-a-dia, quando para além dessas perdas ainda existe a ida para um lar de acolhimento, a dificuldade ainda é maior.

Deste modo, “sejam quais forem as circunstâncias que envolvem o internamento da pessoa idosa, esta representa uma mudança significativa no seu padrão de vida e uma rutura com o meio com o qual se identifica para o qual deu um contributo mais ou menos valioso, a pessoa idosa encara uma realidade nova, por vezes assustadora, com a qual nem sempre consegue estabelecer uma relação equilibrada e tranquila”. (Pimentel, 2001:61).

No entanto, o acolhimento na estrutura residencial deve minimizar riscos como, o da perda de identidade. Quando o idoso integra uma instituição é importante manter os vínculos afetivos, minimizar o receio de mudança e a tendência que existe para rejeitar a integração. Ao minimizar estes riscos, reduz-se também o risco de desenraizamento e de solidão. Para além disso este processo também pode ser visto de uma outra forma. Quando existem situações de idosos isolados e excluídos socialmente ao integrarem uma instituição de acolhimento são fomentadas novas amizades e preservadas a saúde e o bem-estar. Para além de garantir a satisfação de necessidades básicas, que em algumas situações já não acontecia.

Tal como refere o Autor, “em contrapartida a institucionalização também pode facilitar o acesso a novas amizades, nomeadamente para os idosos mais incapacitados, que tinham já muita dificuldade em ter acesso aos seus amigos.”. (Paúl, 1997:117).

Intervir de forma continuada e adaptada a cada caso específico, em termos de apoios e de cuidados é um fator decisivo na preservação das capacidades físicas e cognitivas da pessoa idosa, o que sublinha a necessidade da qualidade dos serviços de apoio social.

Cabe assim às instituições prestadoras de cuidados um papel preponderante, sendo necessário conhecer profundamente não só a população à qual se está a prestar os cuidados, como também a população candidata a essa prestação.

4. O Processo de Institucionalização e o Envelhecimento

As instituições assumem diversas características de acordo com a sua finalidade, sendo que, “os estabelecimentos sociais – instituições no sentido comum do termo, são locais, tais como salas, conjuntos de salas, edifícios ou fabricas em que ocorre atividades de determinado tipo”, (Goffman, 1974:15), ou seja, verifica-se que as instituições são diferentes umas das outras, pois nem todas funcionam com os mesmos objetivos, uma vez que “Algumas instituições fornecem o local para atividades, nas quais o individuo tem consciência de obter seu status social, não importando quão agradáveis ou descuidadas elas possam ser; outras instituições, ao contrário, proporcionam um local para agremiações consideradas como opcionais e de distração, que exigem como contribuição o tempo que sobrou de atividades mais sérias.”, (Goffman, 1974:16), de uma forma mais objetiva, existem instituições que fomentam atividades a nível social para os indivíduos, enquanto que outras, de uma forma mais simplista, realizam atividades de distração. A institucionalização das pessoas idosas acontece cada vez mais, devido a vários fatores, como as pessoas viverem mais anos, a família não ter condições para tratar do seu familiar mais velho, entre outros, daí que “ O Estado assume um papel cada vez mais ativo e interventor, criando ou apoiando a criação de todo o tipo de serviços e equipamentos para a população carenciada em geral e para os idosos em particular ...”. (Pimentel, 2001:64).

Tendo em conta a evolução e o envelhecimento da população, o Estado assumiu um papel mais participativo na resolução das situações/problemas existentes, principalmente no apoio aos mais carenciados e à população idosa, pois, “o estado assumiu-se como grande produtor de bem-estar social, e o aumento das transferências de fundo deu origem a novos agentes que definiram a sua atividade através desta posição de intermediários entre gerações. Assim, com o objetivo de melhorar as condições de vida das pessoas idosas, especialmente daquelas cujas redes de solidariedade primária são inexistentes ou ineficientes, surgiu um conjunto de serviços e equipamentos diversificados, de modo a abranger diferentes necessidades e diferentes níveis de carência.”. (Pimentel, 2001:65).

O Estado para dar resposta às necessidades da população idosa criou vários serviços com o intuito de a apoiar, sendo que o equipamento criado que mais impacto provocou, foram os lares, tal como a autora refere, os lares assumiram um papel importante junto da população envelhecida, no entanto, não é menos importante a criação de serviços no âmbito comunitário e domiciliário, para permitirem o internamento tardio da pessoa idosa no lar, assim como, facilitar as relações familiares e de vizinhança. (Pimentel, 2001:65).

Estes serviços passam pelo apoio domiciliário, centros de dia, acolhimento familiar, entre outros, no entanto, “Apesar da diversidade dos serviços existentes, estes não são suficientes para atender a todas as situações.” (Pimentel, 2001:67). Embora o número destes serviços tenham vindo a aumentar, ainda não são suficientes para dar respostas a todas as situações, pois a percentagem de pessoas idosas é muito superior ao número de vagas criadas nos Lares.

Para que o funcionamento de um destes serviços decorra com normalidade é necessário o apoio da família, dos amigos, e obviamente da participação e aceitação por parte do utente a este serviço. “Por vezes, os prestadores de cuidados sentem que abdicam de demasiadas coisas que os suportes formais não são suficientes para minimizar o seu esforço.” (Pimentel, 2001:68), ou seja, por vezes a família considera que está subcarregada ao tratar do seu familiar idoso e que a instituição não lhe presta o auxílio necessário.

Embora a adesão aos lares seja elevada, na realidade é que muitos deles não têm as condições necessárias para prestar o serviço aos utentes, mas as razões que levam à procura destes são várias, nomeadamente, a localização geográfica, a ausência da família, falta de condições na habitação, a falta de saúde e/ou a monotonia das pessoas idosas, entre outros. “A institucionalização surge normalmente, para a família ou para idosos sem família, como última alternativa, quando todas as outras são inviáveis.”. (Pimentel, 2001:73).

Nem sempre a pessoa idosa vai para um lar devido a problemas de saúde, pois a ausência de laços sociais, isto é, o isolamento, torna-se num fator que conduz as pessoas

desta idade para uma instituição deste carácter, tal como os motivos anteriormente referidos.

Mas, “Apesar dos recursos aos lares ser cada vez mais frequente, estes são conotados com imagens negativas e são poucas as pessoas que aceitam a institucionalização de forma «tranquila»”. (Pimentel, 2001:73).

As alterações que ocorrem na vida da pessoa idosa que vai para um lar, podem não ser bem aceites por esta, pois, estas mudanças podem ser consideradas como a última etapa da vida, dando ao idoso uma sensação de que já não há nada a fazer na vida, podendo provocar um declínio na sua autoestima.

Podem ocorrer situações em que a família pretende responsabilizar-se no cuidado ao seu familiar mais velho, sendo para isso necessário analisar determinadas situações, tal como o nível de dependência, os cuidados a ter e o tempo necessário para prestar o auxílio ao seu familiar. Por vezes ocorrem situações de dependência, em que o internamento no lar é a resposta mais adequada, uma vez que a família não possui condições para prestar cuidados ao seu familiar.

No entanto, sejam quais forem as razões que levam a pessoa idosa a ir para um lar, trata-se de uma situação que pode ser considerada pela nova utente como assustadora e/ou bizarra, não permitindo a esta estabelecer relações e dificultando a integração da mesma dentro da instituição. Para a resolução desta situação é necessária a intervenção dos recursos humanos da Instituição que na maioria das vezes, “A falta de sensibilização dos agentes institucionais para a especificidade da experiência de cada indivíduo, conduzindo a obrigatoriedade de viver com as normas restritivas e de conviver com outros indivíduos que mal se conhecem, podem ser sentida como penalizada do que a ausência de condições materiais ótimas.”. (Pimentel, 2001:76).

Muitos idosos encaram o processo de Institucionalização como perda de liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte, além da ansiedade quando à condução do tratamento pelos funcionários, contudo as instituições cumprem papel de abrigo para o idoso excluído da sociedade e da família, abandonado e sem um lar fixo, podendo tornar-se o único ponto de referência para uma vida e um envelhecimento dignos.

4.1. As Diferentes Respostas Sociais para Idosos

O Decreto de lei 64/2007, de 14 de Março, as principais respostas que os idosos necessitam, relacionam-se com a saúde (hospitais, hospitais de retaguarda ou geriátricas, apoio domiciliário integrado) e equipamentos de cariz social (estruturas residenciais, centros de dia, serviços de apoio domiciliário, etc.). (Silva 2011).

A OMS e a Direcção Geral de Saúde juntamente com o Ministério da Saúde têm vindo a criar um conjunto de políticas sociais e programas integrados de apoio permanente à população idosa. Distinguindo-se o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), o Programa Idosos em Lar (PILAR) e o Programa de Apoio à Iniciativa Privada Social (PAIPS), todos eles definidos pelo Ministério da Saúde em parceria com a Direcção Geral de Saúde (Carvalho & Dias 2011). Para dar resposta às necessidades dos idosos, muitas vezes devido à ausência de uma rede de apoio familiar o Estado tem vindo a trabalhar no sentido de aumentar as respostas sociais direccionadas para os idosos. Estas respostas são reconhecidas pela Segurança Social desde que cumpram as exigências emanadas pelo Decreto-lei onde se incluem: Centro de Dia, Centro de Noite; Lar de Apoio; Lar de Idosos; Lar Residência; Residência para Idosos; Serviço de Apoio Domiciliário. (Silva 2011).

Em 1976, a declaração da política da terceira idade, alterou de forma a dar resposta ao envelhecimento do país. O Estado tem tentado substituir os tradicionais asilos por lares residenciais e outras respostas para idosos. Entre 1998 e 2008 verificou-se um aumento de 51, 1 % de respostas sociais (Marques 2011). O fenómeno do envelhecimento tem vindo a reestruturar os sistemas de reforma e no aumento das instituições de apoio à velhice mostrando uma preocupação e adaptação social (Carvalho & Dias 2011). Os esforços que se tem vindo a fazer para melhorar as condições de vida dos idosos tem contribuído para tornar os idosos economicamente dependentes e com uma melhoria na categoria social. (Dias & Schwartz, 2005).

Devido ao aumento da longevidade que se tem vindo a verificar nos últimos tempos a sociedade é deparada com novos desafios entre os quais a saúde e a prestação de cuidados. Em relação à saúde, esta integra um recurso adaptativo e essencial para um envelhecimento normal, no caso da prestação de cuidados, com o avançar da idade maior risco de doenças, que originará uma maior dependência por parte dos idosos no qual necessita de maior prestação de cuidados formais e informais. (Sequeira, 2010).

O conceito de família foi-se alterando ao longo do tempo, enquanto alguns anos atrás a família dava apoio a nível social, afetivo e económico, hoje em dia torna-se cada vez mais difícil manter e tomar conta de um idoso em casa, sendo necessário a criação de respostas para esta população.

4.2. Os Centros de Dia

O centro de dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamentos, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar (Bonfim & Saraiva, 1996). Algum tempo atrás, era da responsabilidade da família tratar dos seus idosos, no entanto com as alterações que se têm vindo a verificar a nível social (famílias menos numerosas, inserção da mulher no mercado de trabalho) existe maior dificuldade para as famílias cuidarem dos seus idosos. Como tal transferem a responsabilidade para o Estado ou Instituições privadas.

As modificações político-sociais, e o aumento da procura de serviços de apoio a idosos alargaram as redes de estruturas de apoio. Assiste-se à emergência da ação social exercida por Instituições Particulares da Solidariedade Social (IPSS), ou outras cuja base de sustentação é exercida pelo estado (Neves, 1998 citado em Martins 2006). O idoso ingressa numa instituição devido à crescente incapacidade funcional ou devido a problemas graves de saúde, a escassez de recursos económicos ou perda do cônjuge ou até da própria casa. (Paúl, 1991:21-26). Muitos idosos preferem e sentem-se mais satisfeitos a viver no meio familiar e junto dos amigos e vizinhos onde sempre viveram. (Osório, 2007).

O internamento definitivo da pessoa idosa (lares/asilos) foi durante muito tempo a única resposta de apoio a idosos (Pimentel 2005). Hoje em dia já existem mais serviços de apoio a idosos (centros de dia, centros de noite, apoio domiciliário), que permitem que este continue no seu lar enquanto tenha condições físicas e psíquicas, dando apoio e auxílio aos idosos.

Os autores defendem que o Centro de Dia é um recurso social de utilização diurna que surge como alternativa à institucionalização permanente, concebido para utentes com algum grau de deficiência física ou psíquica. (Arrazola, 2003) citado em Cid & Dapía, 2007). Os centros de dia surgem como um “intermédio” dos serviços já existentes, os cuidados domiciliários e dos cuidados residências (Arrazola et al 2003). Ou seja, um apoio familiar às necessidades básicas, terapêuticas e socioculturais dos

idosos, promovendo a sua autonomia e a permanência em contexto domiciliário uma vez que o idoso só permanece durante o dia na instituição. (Sancho, 1996).

O centro de dia associado ou não por outras estruturas de apoio a pessoas idosas constituem uma alternativa ou transição ao internamento definitivo. As principais razões que levam os idosos a procurarem os centros dia, são inicialmente por motivos de saúde, pois estas instituições disponibilizam o acompanhamento e atenção em regime diurno a um preço baixo. Em segundo lugar, por motivos emocionais, muitas pessoas vivem sozinhas, e a inserção nestas estruturas permitem contactos sociais e integração. Por motivos familiares, quando as famílias têm dificuldades em cuidar dos idosos, seja por razões de saúde, de trabalho ou sobrecarga. O autor refere ainda que por vezes a família utiliza o centro de dia como passo prévio ao internamento definitivo. (Sannino, 1999, citado em Arrazola, 2003).

Em quarto lugar por motivos económicos, uma vez que o centro de dia cobre as necessidades básicas diárias (Benet, 2003). Um dos objetivos do centro de dia é proporcionar uma alimentação cuidada variável e saudável. Com o avançar da idade surgem algumas doenças e através de uma boa alimentação pode-se prevenir e controlar o aparecimento da diabetes, hipertensão arterial, anemia e controlo da obesidade. Uma alimentação correta tem grande influência na saúde física, psicológica e no bem-estar do idoso.

O Centro de Dia para idosos dependentes é um recurso social intermédio que se define como centro gerontológico sócio terapêutico e de apoio à família que durante o dia presta atenção às necessidades básicas, terapêuticas e sociais da pessoa idosa dependentes promovendo a sua autonomia e a permanência adequada no seu lar.

Objetivos dirigidos aos idosos dependentes:

- Recuperar e/ou manter o maior grau de independência possível;
- Atrasar e prevenir o aumento da dependência através da reabilitação das suas capacidades cognitivas, funcionais e sociais;
- Desenvolver a autoestima e favorecer um estado psicoafectivo adequado;
- Evitar a institucionalizações definitivas e não desejadas.

O programa do Centro de Dia entre outros serviços, visa satisfazer as necessidades diárias de alimentação e do cuidado nutricional dos idosos de um modo controlado e

baseado em critérios científicos, cujos principais objetivos assenta na diminuição de hábitos dietéticos não apropriados para a saúde em geral e, individualmente, de acordo com as suas patologias de cada paciente. (Trindade, 1996).

O principal objetivo do Centro de Dia é manter, desenvolver e melhorar as funções físicas e mentais do idoso através de atividades da vida diária e interação social. (Conrad et al., 1991 citado em Teixeira 2008). O Centro de Dia torna-se assim útil na medida que dá respostas às necessidades básicas de idosos que por motivos de saúde se tornam dependentes, sem que seja necessário tira-los do seu ambiente habitual. (Benet, 2003).

A procura destes serviços devem-se sobretudo para colmatar a solidão que por motivos sociais ou de saúde obriga aos idosos a passarem várias horas do dia sozinhos. (Cerrato, 1996, citado em Teixeira, 2008).

4.3. Origem Histórica dos Centros de Dia

O ‘Community Care’ apareceu na década de 70, na área da saúde mental, como um aspeto discordante à modalidade de prestação de serviços em instituições (Serapioni, 2005:13). Tudo começou com atividades gregárias realizadas por voluntários que prestavam apoio aos mais pobres (Sousa et al., 2004). O modelo comunitário de intervenção diz-nos que “a resolução das dificuldades do sujeito deve ser intervencionada sem que este tenha que ser desarraigado do seu ambiente”. (Arrazola et al., 2003:56).

Segundo o autor, o internamento absoluto da pessoa idosa foi, durante muito tempo, a singular resposta de apoio formal existente, no entanto, a tomada de consciência dos custos exagerados, da ineficiência das estruturas de apoio e do processo de separação do indivíduo do seu meio, colaboraram para a implementação de um conjunto de serviços de proximidade. (Pimentel, 2005).

Assiste-se, assim, à inclusão gradual da ideologia da ‘desinstitucionalização’ dos cuidados formais. (Carvalho, 2006). Este conceito ajudou à implementação, ainda que progressiva, de novos serviços comunitários sustentados pela crise do modelo tradicional de apoio e o surgimento de novas políticas direcionadas ao ‘envelhecer em casa’. (Rodriguez, 1996). De acordo com esta tendência, as políticas relativas aos idosos

defendem que o contexto domiciliar é o melhor local para envelhecer. (Cattani et al., 2004).

O Centro de Dia surge como um recurso ‘intermédio’, que veio colmatar uma oposição presente nos serviços de apoio, que, por um lado, se baseavam nos cuidados domiciliários e, por outro, nos cuidados residenciais. (Arrazola et al., 2003). A base dos centros de dia remonta aos anos 20 do século XX, na Rússia, onde se principiam programas de cuidados diurnos direcionados a pessoas com doença mental, cujo objetivo principal terá sido encontrar alternativas ao processo de internamento hospitalar (Castiello, 1996). Depois da segunda guerra mundial, criou-se o primeiro hospital de dia na Inglaterra com o intuito de perceber as necessidades dos idosos da comunidade (Gaugler, 2003). A intervenção estava direcionada para os cuidados de saúde, tentando aliar os recursos hospitalares e comunitários no modelo de atenção geriátrica. (Castiello, 1996).

Nos anos 60 do século XX, os Centros de Dia adquiriram relevo nos Estados Unidos, durante o movimento de ‘desinstitucionalização’ (Weissert, citado por Gaugler et al., 2003). No entanto, no resto da Europa, a adaptação a tipo de programas e estruturas foi longo e conceptualmente confuso, simultaneamente programas estritamente dirigidos para a reabilitação física enquanto outros conservavam uma intervenção de carácter psicossocial. (Castiello, 1996).

Terá sido a partir desta altura que o número de Centros de Dia dilatou substancialmente nos Estados Unidos e passaram a assumir o cargo de cuidados a longo prazo. (Conrad et al., 1993).

4.4. Definição e Objetivos dos Centros de Dia

A noção de Centro de Dia é muito complexa visto que são diversas as formas de intervenção expostas para este tipo de programa. Confundem-se modelos de intervenção individual e grupal com modelos de saúde e psicossociais, cuja predominância varia consoante o tipo de população à qual são dirigidos. (Arrazola, 2003).

As estruturas de amparo diurno, ligadas ou não a outras estruturas de apoio a pessoas idosas, são uma opção definitiva ou transitória ao internamento. Distingue como objetivo principal a melhoria da qualidade de vida dos seus utilizadores segundo um acompanhamento específico e abrangente do sujeito. (Arrazola, 2003:59). Este

modelo de intervenção, coíbe a desagregação do seu contexto familiar, bem como, ajuda a família ao nível da prestação de cuidados. (Arrazola, 2003).

Um outro ponto de vista defende que o Centro de Dia é um recurso social de uso diurno, alternativo à institucionalização que foi concebido para idosos que sofram de algum grau de deficiência física ou psíquica. (Cid e Dapía, 2007).

Os serviços comunitários são direcionados a pessoas idosas que mostrem incapacidades aos níveis funcional, psíquico e social; fornecem, igualmente, apoio aos cuidadores informais. (Conrad e Cols, 1993) Deseja-se que ambos tenham acesso a uma integração ajustada na comunidade, um elevado nível de autonomia do idoso e uma melhoria da qualidade de vida. Desta forma, a intervenção gerontológica consiste em proporcionar uma atenção integral e continuada. (Arrazola, 2003).

O Centro de Dia define-se como um recurso de apoio familiar que durante o dia cede a atenção necessária com o objetivo de apoiar as necessidades básicas, terapêuticas e socioculturais dos idosos afetados por diferentes graus de dependência. Pretende ainda promover a autonomia e a permanência em contexto domiciliário. (Sancho, 1999).

Gutiérrez (1999) define Centro de Dia como um programa que privilegia a complementaridade entre o apoio formal especializado e o apoio informal, o objetivo geral da intervenção assenta no apoio integral e de qualidade aos idosos dependentes, sem necessidade de institucionalização (Arrazola, 2003).

Inza (2003), diz que o serviço diurno é vocacionado para indivíduos com dificuldades ao nível sócio-assistencial, desenvolvido com o fim de prestar de um tipo de apoio de carácter preventivo, reabilitador, de supervisão, de suporte ao idoso e ao seu agregado familiar, emergindo como uma opção exequível ao internamento. (Arrazola, 2003).

Do ponto de vista genérico, o Centro de Dia, pode definir-se como “um serviço diurno multidisciplinar dirigido a utilizadores que apresentam um grau de problemático sócio-assistencial, configurado como uma estrutura que proporciona assistência continuada durante tempo indefinido e possibilita a vida laboral do resto dos elementos da família”. (Manchola, 2000:28).

Neste tipo de intervenção é estimulada a articulação com o cuidador informal (Gutierrez, 1999), através da prestação de apoio aos familiares do cliente (Conrad et al., 1993; Sancho, 1999), permitindo que estes possam realizar diversas atividades, nomeadamente de cariz profissional. (Manchola, 2000).

O objetivo primordial de um Centro de Dia é manter, desenvolver ou melhorar as funções físicas e/ou mentais do idoso, tendo como áreas fundamentais de intervenção a manutenção da saúde, a realização das atividades de vida diária e a interação social (Conrad et al., 1991). No mesmo plano de análise, Schwartz (1979) realça os múltiplos propósitos do Centro de Dia, assinalando como seu objetivo principal, facultar serviços e programas para prevenir e/ou atrasar a necessidade de institucionalização. Este tipo de estrutura aspirará a ser uma resolução essencial e mais económica que o internamento, tendo a vantagem de contribuir para a manutenção da saúde física e emocional. (Ferrer, 2005).

O Centro de Dia emerge como um préstimo de acolhimento diurno, de ajuda nas atividades de vida diária para os idosos dependentes, cujos objetivos a atingir são a recuperação e a manutenção do maior grau de autonomia possível, segundo as suas próprias potencialidades e capacidades (Benet, 2003). Desta forma, tem-se em conta o idoso como um ser global, considerando as suas necessidades individuais e familiares, mantendo-o integrado no seu ambiente domiciliário. (Benet, 2003).

O autor distingue, mais pormenorizadamente, os principais objetivos deste tipo de sistema de apoio comunitário: (i) recuperar ou manter ao máximo o grau de autonomia individual que permita as potencialidades do indivíduo; (ii) prevenir o desenvolvimento da dependência através da realização de intervenções reabilitadoras; (iii) ser um meio facilitador do desenvolvimento de relações e atividades sociais gratificantes para o sujeito; (iv) retardar as institucionalizações precoces e indesejadas; (v) promover a permanência do indivíduo no seu meio; (vi) proporcionar a realização de atividades básicas da vida quotidiana fornecendo apoio ao idoso, assim como aos elementos pertencentes ao seu núcleo familiar; (vii) melhorar e manter o nível de saúde aos utilizadores através do controlo e prevenção de doenças. (Castiello, 1996).

De um modo geral, os Centros de Dia favorecem condições de vida dignas às pessoas idosas e seus familiares, colaborando para a manutenção do seu modo de vida e maior nível de autonomia. (Castiello, 1996:38).

Parte II – Estudo Empírico

5. Metodologia Utilizada

5.1. Tipo de Estudo

Importa mencionar, “ a fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação (...) ”. (Fortin 2009:53).

O presente estudo consiste numa investigação de carácter exploratório, de âmbito Quantitativo. É considerado de natureza exploratória, pois envolveu levantamento bibliográfico, visando proporcionar uma visão geral de um determinado facto, do tipo aproximativo. Foi utilizada a pesquisa exploratória, pois sobre este tema a investigadora pretendia aprofundar o conhecimento sobre o fenómeno em questão.

O objetivo de uma pesquisa exploratória é familiarizar-se com um assunto ainda pouco conhecido, pouco explorado. No final de uma pesquisa exploratória, irá conhecer-se mais sobre o assunto. Como qualquer exploração, a pesquisa exploratória depende da intuição do explorador/pesquisador. Como qualquer pesquisa, ela depende também de uma pesquisa bibliográfica, pois mesmo que existam poucas referências sobre o assunto pesquisado, nenhuma pesquisa hoje começa totalmente do zero. Haverá sempre alguma obra, ou entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com problemas semelhantes ou análise de exemplos análogos que podem estimular a compreensão. (Gil, 2008:12).

A aprofundar de outro modo, a pesquisa quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificar-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas. (Prodanov e Freitas, 2013:64).

5.2. Objetivo do Estudo

O objetivo do estudo visa “ (...) a finalidade geral a que nos propomos (...) o quadro teórico e/ou pragmático, no qual os resultados obtidos serão utilizados”. (Bardin, 2009:92). Neste sentido, o objetivo que orienta esta investigação pretende compreender as consequências que o processo de institucionalização em Centro de Dia, pode acarretar para a saúde mental das pessoas idosas.

5.3. Caracterização dos Participantes

Neste âmbito, “(...) A população é o conjunto de indivíduos, casos ou observações onde se quer estudar o fenómeno.”. (Almeida e Freire, 2008:46).

Amostra é um subconjunto de elementos pertencentes a uma população. A informação recolhida para uma amostra é depois generalizada a toda a população.

Para tal, recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência, com vinte e cinco participantes. De acordo com a abordagem do Autor, a amostragem por conveniência ocorre quando “ (...) os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência.”. (Sousa e Baptista, 2011:77).

Esta é uma amostra por conveniência de vinte e cinco participantes, de um universo de quarenta e cinco utentes distribuídos pelas várias respostas sociais da Associação de Beneficência de Pedrogão do Alentejo. Os participantes nesta investigação tinham idades compreendidas entre os 55 e 95 anos, situando-se a maioria entre os 70-80 anos, sendo que catorze são do sexo feminino e onze do sexo masculino. Todos eles são utentes do Centro de Dia da respetiva instituição.

Para a seleção dos participantes da amostra teve-se em conta os seguintes critérios de seleção:

a) Uteses que frequentem o Centro de Dia, Associação de Beneficência de Pedrogão do Alentejo;

b) Utentes que demonstrem vontade em participar, mediante consentimento informado;

c) Utentes que apresentem condições cognitivas que possibilitem a aplicação dos instrumentos de recolha de dados, ainda que o preenchimento dos mesmos fosse realizado pela investigadora, ou seja, de forma indireta.

5.3.1 Caracterização do Campo de Estudo

O espaço geográfico no qual decorreu o levantamento de dados situa-se no concelho de Vidigueira (Freguesia de Pedrogão do Alentejo), mais propriamente no Centro de Dia da Associação de Beneficência de Pedrogão do Alentejo que conta com um total de 45 utentes distribuídos pelas várias respostas sociais, centro de dia, apoio domiciliário, cantina social.

Situada na margem direita do rio Guadiana, Pedrógão fica a 17 km da Vidigueira. A freguesia ocupa uma área de 124,02 km², estendendo-se ao longo da planície alentejana até à aldeia de Marmelar. A população residente em Pedrógão é de 1151 habitantes.

Caracterização Geral do Concelho de Vidigueira

O Concelho da Vidigueira abarca uma área de 316,61 km², contando com uma população de cerca de 5932 habitantes repartidos pelas freguesias de Pedrógão, Selmes, Vidigueira e Vila de Frades.

A vila tem em Vasco da Gama, a quem foi doado o Condado da Vidigueira em 1519, a sua principal figura histórica que soube como ninguém globalizar e disseminar a aventura da descoberta do mundo.

Situação Geográfica: O Concelho de Vidigueira faz fronteira a Sul com Beja, a Norte com Portel, a Leste com Moura, a Sueste com Serpa e a Oeste com Cuba.

Freguesias constituintes (4) – Censos 2011:

- Pedrogão – 1151 habitantes;
- Selmes – 894 habitantes;
- Vidigueira – 2750 habitantes;
- Vila de Frades – 928 habitantes.

Caracterização da Associação de Beneficência de Pedrogão do Alentejo

A Associação de Beneficência de Pedrogão do Alentejo é uma IPSS sediada na freguesia de Pedrógão do Alentejo, concelho de Vidigueira.

A criação desta entidade deve-se sobretudo à necessidade de infraestruturas e apoios à população mais velha. Para além do serviço de Centro de dia a Associação tem ainda outras respostas sociais, Serviço de Apoio Domiciliário, Lavandaria, cantina social, Higiene pessoal, sessões de fisioterapia e polo de receção do Programa Comunitário de Ajuda Alimentar a carenciados. Associação tem como principais objetivos:

- Promover o desenvolvimento económico, social e cultural da freguesia de Pedrogão, através da valorização dos recursos e produtos locais;
- Prestar serviços de apoio à comunidade;
- Promover atividades ocupacionais, dinamizar e participar em ações de combate à pobreza e à exclusão social;
- Desenvolver um programa de equipamentos de apoio a idosos e carenciados, com a criação de um centro de dia, e apoio domiciliário.

O Centro de Dia presta um conjunto de serviços que visa contribuir para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar todos os dias das 8:00h às 20:00h assegurando os seguintes serviços:

- Alimentação (pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar);
- Assistência Medicamentosa;
- Convívio / Ocupação;
- Higiene Pessoal;
- Tratamento de roupas;
- Atividades lúdicas e socio-recreativas;
- Transporte;
- Apoio psicossocial;
- Transporte e acompanhamento dos clientes a consultas no exterior;
- Cuidados de enfermagem;
- Sessões de Fisioterapia;

São principais objetivos do Centro de dia:

- Satisfazer as necessidades básicas dos utentes;
- Contribuir para a estabilização ou retardamento das consequências nefastas do envelhecimento;
- Prevenir o isolamento, através da promoção de relações interpessoais interinstitucionais e intergeracionais;
- Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização permanente;
- Proporcionar momentos de convívio e lazer através de atividades ocupacionais;
- Contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia;
- Contribuir para a manutenção do idoso no seu meio habitacional.

5.4. Procedimentos

Todo o procedimento investigativo deve contemplar uma logística sequencial das ações. No presente estudo empírico, tal não é exceção.

Após realizar uma revisão bibliográfica, selecionaram-se as obras que se entenderam com maior riqueza de informações, dissecando-se alguns autores que se dedicaram a esta área, e delineando-se o enquadramento teórico.

Posteriormente, selecionou-se a amostra. Esta é uma amostra por conveniência de 25 participantes com capacidade cognitiva, que demonstrem vontade em participar.

Numa primeira fase, após um contacto e informação inicial, com a amostra, acerca dos propósitos da investigação, e da obtenção do consentimento informado por parte dos participantes, foi solicitado aos mesmos que respondessem da forma mais sincera possível, garantindo a confidencialidade dos dados recolhidos.

Posteriormente, procedeu-se à pesquisa, autorização de aplicação da escala de Avaliação do Bem-estar Subjetivo, dos inquéritos de Avaliação Psicossocial.

Os procedimentos na condução dos questionários aplicados aos gerontes, foram o mais simplificado possível, devido ao facto de se estar a estudar pessoas que na sua maioria não frequentaram a escola ou possuem baixos índices de escolaridade. Neste sentido, foram exigidas algumas considerações nomeadamente, a formulação de questões com uma linguagem simples, clara e perceptível, repetindo ou clarificando, para assegurar que os entrevistados compreenderam o que lhe foi questionado. O encorajamento à interação verbal e o reforço de que todas as respostas são válidas, não existindo respostas certas ou erradas. Permitiu-se ainda que, os entrevistados se remetessem a curtos períodos de silêncio, estimulando a sua reflexão.

Posteriormente, foi realizada a análise dos dados recolhidos.

Para tal, procedeu-se à descrição e agregação dos mesmos, à análise da relação entre as variáveis em estudo e compararam-se os resultados observados com os esperados, interpretando as diferenças entre eles, com vista a detetar eventuais prioridades de intervenção e traçar um Projeto de intervenção que atenuar/minimize tais problemas.

Após a implementação do mesmo, avaliar-se-ão as atividades executadas e serão apresentadas as conclusões.

Para a aplicação dos questionários e Escala aos utentes do Centro de Dia foi pedida a autorização à Direção, todos os utentes foram informados da realização do estudo e foram convidados a participar, tendo sido de livre escolha por parte destes participarem.

5.5. Instrumentos de Recolha de Dados

Neste âmbito, toda a investigação empírica pressupõe uma recolha de dados que consistem em informações constituídas por observações ou medidas de uma ou mais variáveis, normalmente fornecidas por um conjunto de entidades. (Fortin, 2009:35).

Relativamente aos instrumentos utilizados, optou-se por uma complementaridade de métodos, operacionalizados numa abordagem de natureza quantitativa que pretende medir e simultaneamente, compreender os factos.

Numa primeira fase recorreu-se à pesquisa e análise bibliográfica e documental. Parafraseando o autor a pesquisa consiste no “processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico”. (Gil, 1987:43).

A pesquisa bibliográfica, constituída sobretudo, por livros e artigos de cariz científico, foi desenvolvida a partir de material já elaborado. Neste sentido, consultaram-se contributos de vários autores sobre o assunto que se pretendia estudar, facultando uma análise crítica e reflexiva de aspetos que numa fase inicial do estudo, não tinham sido questionados. Esta pesquisa, teve a vantagem de “permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenómenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”. (Gil, 1987: 71).

Recorreu-se ainda à pesquisa documental, como método de recolha e de verificação de dados que permitiu aceder a fontes importantes, escritas ou não, podendo a partir destas, gerar-se material empírico novo. (Saint-Georges, 1997:30).

Procedeu-se ao levantamento de dados bibliográficos a partir da recolha e consulta de dados documentais e estatísticos pré-existentes: artigos científicos; dissertações; etc., relevantes ao desenvolvimento do presente estudo.

Como instrumento e recolha de dados, recorreu-se à aplicação de Questionários de Avaliação do Bem-estar Subjetivo e inquéritos de Avaliação Psicossocial. Estes foram aplicados em dias distintos, com a finalidade de não sobrecarregar os inquiridos, uma vez que tal poderia inibir as respostas e até mesmo, comprometer os resultados finais.

5.5.1. Inquérito de Avaliação Psicossocial

O Inquérito por questionário é um instrumento formal que pode servir para recolher informação factual relativa ao sujeito ou aos acontecimentos que este conhece; pode também referir-se às crenças, às atitudes e às opiniões ou intenções do sujeito. Relativamente às questões podem ser abertas ou fechadas, sendo que o tipo de questão pode depender não só do investigador como também da área da pesquisa e das características dos indivíduos aos quais se destina. Assim, as questões fechadas são pré determinadas e oferecem ao inquirido um variado número de respostas alternativas, enquanto que as questões abertas permitem recolher respostas mais complexas, capazes de respeitar a riqueza do pensamento dos inquiridos. (Fortin, 2009:39).

Construímos e utilizamos um questionário de auto-avaliação, constituído por perguntas abertas e fechadas. As questões tiveram como objetivo caracterizar os indivíduos na sua dimensão pessoal, social e profissional e situação económica (sexo, idade, estado civil, numero de filhos, escolaridade, profissão exercida, auto-avaliação do sentimento de solidão, da situação económica, motivo, iniciativa e tempo de internamento).

De forma a estimar a adaptação à situação institucional e de participação em atividades de lazer, construíram-se dois índices.

O **índice de adaptação** constituído por nove questões de auto-avaliação, que pretende avaliar a adaptação do sujeito à condição institucional: presença de um confidente ou relação íntima, relações com os funcionários e outros residentes, apoio familiar, privacidade e alimentação.

O **índice de atividade e lazer** constituído por sete questões de auto-avaliação pretende avaliar a importância atribuída à ocupação de tempos livres: Ler, ver televisão, ouvir música, passear, jogar às cartas e conversar com os amigos.

5.5.2. Questionário de Avaliação de Bem-estar Subjetivo

Utilizou-se o questionário de avaliação de bem-estar subjetivo, para obter os dados necessários para estudar o Bem-Estar Subjetivo dos inquiridos, foi utilizada uma bateria de testes composta por 3 instrumentos de medida: Satisfação com a Vida; Satisfação com a Vida Presente e Perceções de Stress.

a) Escala de Satisfação com a Vida

É uma escala que foi criada por Diener et. Al. (1985), e traduzida para a versão portuguesa por Ferreira em 2005. Tem como objetivo avaliar a componente cognitiva do Bem-Estar Subjetivo. É uma escala constituída por cinco itens, sendo um instrumento bastante prático pela fácil compreensão que apresenta e de fácil preenchimento. Para cada item existem 7 alternativas de resposta: “Discordo Totalmente”, “Discordo”, “Discordo Ligeiramente”, “Nem Concordo Nem Discordo”, “Concordo Ligeiramente”, “Concordo”, “Concordo Totalmente”. Com esta escala calculamos o grau de satisfação com a vida. Em Portugal esta escala foi validada por Neto em 1993.

b) Escala de Satisfação com a Vida Presente

A Self-Anchoring Rating Scale foi elaborada por Cantril (1965) é uma escala subjetiva e global com um único item, onde se pretende que o indivíduo analise subjetivamente e assinale o nível de satisfação com a vida no presente. Consiste num desenho de uma escada de 10 degraus, que representa a escala de medição da satisfação com a vida no presente. O topo desta escala (nível 10) representa a melhor vida possível que o indivíduo pode alcançar para consigo mesmo no momento, e o degrau mais baixo da escala (nível 0) representa a pior vida possível. O objetivo nesta escala de satisfação é que o indivíduo assinale o patamar que considera ser o seu nível de Satisfação com a Vida no Presente.

c) Escala de Perceções Face ao Stress

Escala elaborada por Cohen, Kamarck & Mermelstein (1983), e tem como objetivo principal avaliar a percepção do controlo com a vida no momento. Esta escala avalia as percepções com afirmações relativas aos sentimentos e pensamentos do indivíduo durante o último mês. Este questionário é formado por 14 questões e tem 5 alternativas de resposta para cada uma das questões. Nunca; Quase Nunca; Por vezes; Com alguma frequência; Muito frequentemente. Em Portugal foi elaborada uma nova versão pelo Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional em 2002.

5.6. Análise, Interpretação e Discussão de Resultados

5.6.1. Tratamento e Análise dos Resultados

Após a aplicação dos Inquéritos de Avaliação Psicossocial e Questionários de Avaliação e Bem-estar Subjetivo, foi feita uma análise quantitativa e para melhor percepção dos resultados, foram elaborados quadros com recurso ao programa informático Word.

Inquérito de Avaliação Psicossocial

Quadro nº 1

1 – Género dos Inquiridos:

Masculino	Feminino
11	14

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Dos vinte cinco idosos inquiridos, onze são do sexo masculino e catorze do sexo feminino.

Quadro nº 2

2 – Idade dos Inquiridos:

Dos 50 / 59 Anos	Dos 60 / 69 Anos	Dos 70 / 79 Anos	Dos 80 / 95 Anos
4	4	10	7

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Os vinte e cinco participantes estão divididos em quatro faixas etárias, quatro deles entre os 50/60 anos, quatro entre 60/70 anos, dez entre os 70/80 anos e sete entre os 80/95 anos.

Quadro nº 3

3 – Estado Civil dos Inquiridos:

Solteiro	Casado/União de facto	Divorciado	Viúvo
7	4	1	13

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Quanto ao estado civil sete dos inquiridos são solteiros, quatro casados, um divorciado e treze viúvos.

Quadro nº4

3.1 – Número de Filhos:

Não tem filhos	1 Filho	2 Filhos	3 Filhos	4 ou mais filhos
8	6	5	4	2

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Oito dos inquiridos revelaram não ter filhos, seis deles possuem um filho, cinco com dois filhos, quatro com três filhos e dois com quatro ou mais filhos.

Quadro nº5

4 – Escolaridade dos Inquiridos:

Analfabeto	Sabe ler e Escrever	Até 4º Ano	Até 6º Ano	Até 9º Ano	Até 12º Ano
14	6	3	2	0	0

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Dos vinte e cinco participantes catorze são analfabetos, seis sabem ler e escrever, três tem até ao quarto ano, dois até ao sexto ano. Realça-se que nenhum dos inquiridos foi além do 6º ano.

Quadro nº 6

5 – Qual a profissão que exercia?

Trabalhador Rural	Doméstica	Outras
17	3	5

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Dezassete dos inquiridos foram trabalhadores rurais, três domésticas e cinco com outras profissões não especificadas.

Quadro nº 7

6 – Respeito formal de uma religião:

Sim	Não
25	0

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

A totalidade dos vinte-cinco idosos participantes neste estudo respeita formalmente uma religião.

Quadro nº 8

7 – Como classifica a sua situação económica (auto-avaliação):

Má	Média	Boa	Muito Boa
8	13	4	0

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Face à situação económica oito dos participantes classificaram a mesma como má, treze como média e quatro como boa. Nenhum deles classificou a própria situação como muito boa.

Quadro nº 9

8 – Motivo da Institucionalização:

Dificuldade em auto cuidar-se	Falta de recursos económicos	Falta de apoio familiar	Não tem família
12	0	13	0

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Quanto ao motivo da institucionalização doze dos inquiridos revelou dificuldades em auto cuidar-se e treze referem falta de apoio familiar. Nenhum deles respondeu por não ter família ou falta de recursos económicos.

Quadro nº 10

9 – Iniciativa de Institucionalização:

Iniciativa Própria	Iniciativa de familiares	Iniciativa de amigos	Iniciativa de Assistente Social
8	16	0	1

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Oito dos idosos respondeu estar na instituição por iniciativa própria, dezasseis por iniciativa de familiares e um por iniciativa de Assistente Social.

Quadro nº 11

10 – Tempo de Institucionalização:

Até 1 Ano	De 1 a 3 Anos	De 3 a 5 Anos	De 5 a 10 Anos	de 10 a 20 Anos
8	5	5	2	5

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Quanto ao tempo de institucionalização oito dos participantes está na instituição há um ano, cinco de 1/3 anos, cinco de 3/5 anos, dois de 5/10 anos e cinco de 10/20 anos.

Índice de Adaptação

Quadro nº 12

11 – Presença de um confidente ou relação íntima:

Sim	Não
4	21

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Respondendo à pergunta se na instituição existe a presença de um confidente ou relação íntima, quatro dos participantes disseram que sim e vinte e um que não.

Quadro nº 13

12 – Considera que o lar/Centro de Dia se preocupa verdadeiramente consigo?

Muito Pouco	Pouco	Nem Muito nem pouco	Muito	Bastante
0	0	12	13	0

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Treze dos inquiridos consideram que o centro de dia se preocupa muito com eles e doze que não se preocupa nem muito nem pouco.

Quadro nº 14

13 – Como considera as suas relações com os outros residentes?

Muito Más	Más	Nem boas nem más	Boas	Muito Boas
0	0	5	20	0

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Vinte dos utentes considera ter boa relação com os outros residentes e cinco deles considera que as relações com os outros não são nem boas nem más.

Quadro nº 15

14 – Como considera as suas relações com o pessoal do lar?

Muito Más	Más	Nem boas nem más	Boas	Muito Boas
0	0	3	21	1

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Três dos inquiridos dizem não ter nem boa nem má relação com o pessoal do lar, vinte-um tem boa relação e um deles muito boa.

Quadro nº 16

15 – Considera que a sua família se preocupa verdadeiramente consigo?

Muito Pouco	Pouco	Nem Muito nem pouco	Muito	Bastante
1	4	8	12	0

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Em relação à preocupação da família para consigo, um Utente considera que a família se preocupa muito pouco consigo, quatro sentem pouca preocupação da família, oito sente nem muita nem pouca preocupação e doze consideram muita preocupação por parte da família.

Quadro nº 17

16 – Como avalia a privacidade?

Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
0	0	11	14	0

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Catorze dos participantes dizem ter boa privacidade e onze nem boa nem má.

Quadro nº 18

17 – Como avalia a sua alimentação?

Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
1	13	8	3	0

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Um dos utentes classifica a alimentação como muito má, treze como má, oito nem boa nem má e três como boa.

Quadro nº 19

18 – Com que frequência a sua família costuma visitá-lo?

Diariamente	Semanalmente	Quinzenalmente	Mensalmente
12	3	2	4
Trimestralmente	Semestralmente	Anualmente	Nunca
1	2	1	0

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Doze dos idosos deste estudo recebem a visita de familiares diariamente, três semanalmente, dois quinzenalmente, quatro mensalmente, um trimestralmente, dois semestralmente e um anualmente.

Índice de atividades de lazer

Importância atribuída à ocupação dos tempos livres

Quadro nº 20

20 – Ler:

Muito Pouca	Pouca	Nem Muita nem pouca	Muita	Bastante
18	5	0	2	0

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Dezoito dos inquiridos atribuem muito pouca importância à leitura, cinco pouca e dois muita importância.

Quadro nº 21

21 – Ver televisão:

Muito Pouca	Pouca	Nem Muita nem pouca	Muita	Bastante
2	0	4	18	1

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Dois dos utentes atribuem muito pouca importância a ver televisão, quatro nem muita nem pouca, dezoito muita e um bastante importância.

Quadro nº 22

22 – Ouvir Musica:

Muito Pouca	Pouca	Nem Muita nem pouca	Muita	Bastante
9	3	6	6	1

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

A ouvir musica nove dos idosos atribuem muito pouca importância, três pouca, seis nem muita nem pouca, seis muita e um bastante importância.

Quadro nº 23

23 – Passear:

Muito Pouca	Pouca	Nem Muita nem pouca	Muita	Bastante
4	4	9	8	0

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Quatro dos participantes atribuem muito pouca importância a passear, quatro pouca, nove nem muita nem pouca e oito muita importância.

Quadro nº 24

24 – Outros trabalhos manuais

Muito Pouca	Pouca	Nem Muita nem pouca	Muita	Bastante
8	2	6	9	0

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

À elaboração de outros trabalhos manuais oito dos utentes atribuem muito pouca importância, dois pouca, seis nem muita nem pouca e nove muita importância.

Quadro nº 25

25 – Jogar às cartas:

Muito Pouca	Pouca	Nem Muita nem pouca	Muita	Bastante
19	2	3	1	0

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

A jogar às cartas dezanove dos idosos atribuem muito pouca importância, dois pouca, três nem muita nem pouca e um muita importância.

Quadro nº 26

26 – Conversar com os amigos:

Muito Pouca	Pouca	Nem Muita nem pouca	Muita	Bastante
2	0	3	17	3

(Fonte: Inquérito de Avaliação Psicossocial, aplicado em Maio de 2015)

Dois dos inquiridos atribuem muito pouca importância a conversar com os amigos, três nem muita nem pouca, dezassete muita e três bastante importância.

Questionário de Avaliação de Bem-estar Subjetivo

Escala de Satisfação com a Vida

Quadro nº 27

B1 – Na maioria dos aspetos a minha vida está próxima do ideal.

Discordo Totalmente	0
Discordo	4
Discordo Ligeiramente	10
Nem Concordo Nem Discordo	10
Concordo Ligeiramente	1
Concordo	0
Concordo Totalmente	0

(Fonte: Questionário de Avaliação e Bem-estar Subjetivo, aplicado em Maio de 2015)

Em resposta à pergunta se na maioria dos aspetos da sua vida está próxima do ideal, quatro dos participantes discordaram, dez discordaram ligeiramente, dez nem concordaram nem discordaram e um concordou ligeiramente.

Quadro nº 28

B2 – As condições em que decorre a minha vida são excelentes.

Discordo Totalmente	1
Discordo	1
Discordo Ligeiramente	12
Nem Concordo Nem Discordo	6
Concordo Ligeiramente	3
Concordo	2
Concordo Totalmente	0

(Fonte: Questionário de Avaliação e Bem-estar Subjetivo, aplicado em Maio de 2015)

Um dos participantes discordou totalmente das condições em que decorre a sua vida serem excelentes, um dos participantes discordou, doze discordaram ligeiramente, seis nem concordaram nem discordaram, três concordaram ligeiramente e dois concordaram.

Quadro nº 29

B3 – Estou satisfeito com a vida.

Discordo Totalmente	1
Discordo	2
Discordo Ligeiramente	8
Nem Concordo Nem Discordo	6
Concordo Ligeiramente	1
Concordo	6
Concordo Totalmente	1

(Fonte: Questionário de Avaliação e Bem-estar Subjetivo, aplicado em Maio de 2015)

Em estar satisfeito com a vida um dos utentes discordou totalmente, dois discordaram, oito discordaram ligeiramente, seis nem concordaram nem discordaram, um concordou ligeiramente, seis concordaram e um concordou totalmente.

Quadro nº 30

B4 – Até agora, obtive as coisas importantes que queria na vida.

Discordo Totalmente	1
Discordo	4
Discordo Ligeiramente	3
Nem Concordo Nem Discordo	12
Concordo Ligeiramente	1
Concordo	2
Concordo Totalmente	2

(Fonte: Questionário de Avaliação e Bem-estar Subjetivo, aplicado em Maio de 2015)

Em até agora ter obtido as coisas importantes que queria na vida um dos utentes discordou totalmente, quatro discordaram, três discordaram ligeiramente, doze nem concordaram nem discordaram, um concordou ligeiramente, dois concordaram e dois concordaram totalmente.

Quadro nº 31

B5 – Se pudesse viver de novo a minha vida, não mudaria quase nada.

Discordo Totalmente	
Discordo	3
Discordo Ligeiramente	6
Nem Concordo Nem Discordo	2
Concordo Ligeiramente	7
Concordo	6
Concordo Totalmente	1

(Fonte: Questionário de Avaliação e Bem-estar Subjetivo, aplicado em Maio de 2015)

À pergunta se pudesse viver de novo a minha vida, não mudaria quase nada três dos participantes discordaram, seis discordaram ligeiramente, dois nem concordaram nem discordaram, sete concordaram ligeiramente, seis concordaram e um concordou totalmente.

Escala de Satisfação com a Vida Presente

Secção C

Quadro nº 32

De 0 a 10 como classifica a sua vida atualmente? Sendo que 10 representa a melhor vida possível no momento e 0 a pior vida possível para si.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	4	2	4	1	6	0	1	0	2	0

(Fonte: Questionário de Avaliação e Bem-estar Subjetivo, aplicado em Maio de 2015)

Respondendo à pergunta de 0 a 10 como classifica a sua vida atualmente? Sendo que 10 representa a melhor vida possível no momento e 0 a pior vida possível para si. Cinco dos indivíduos assinalaram o patamar zero, quatro o um, dois o patamar dois, quatro o três, um o quatro, seis o patamar cinco, um o sete, e dois o patamar nove.

Escala de Perceções face ao Stress

Quadro nº 33

Com que frequência tem ficado chateado pelo facto de ocorrer um acontecimento inesperado?

Nunca	Quase Nunca	Por Vezes	Com Alguma Frequência	Muito Frequentemente
4	10	7	1	3

(Fonte: Questionário de Avaliação e Bem-estar Subjetivo, aplicado em Maio de 2015)

Perguntámos aos participantes no último mês com que frequência tinham ficado aborrecidos pelo facto de ocorrer um acontecimento inesperado, quatro responderam que nunca, dez quase nunca, sete por vezes, um com alguma frequência e três muito frequentemente.

Quadro nº 34

Com que frequência tem sentido a sensação de ser incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida?

Nunca	Quase Nunca	Por Vezes	Com Alguma Frequência	Muito Frequentemente
0	4	10	9	2

(Fonte: Questionário de Avaliação e Bem-estar Subjetivo, aplicado em Maio de 2015)

Em resposta à pergunta no último mês com que frequência tem sentido a sensação de ser incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida, quatro dos inquiridos responderam quase nunca, dez por vezes, nove com alguma frequência e dois muito frequentemente.

Quadro nº 35

Com que frequência se tem sentido nervoso ou Stressado?

Nunca	Quase Nunca	Por Vezes	Com Alguma Frequência	Muito Frequentemente
1	7	7	7	3

(Fonte: Questionário de Avaliação e Bem-estar Subjetivo, aplicado em Maio de 2015)

Um dos indivíduos respondeu que nunca se tinha sentido nervoso ou Stressado no último mês, sete quase nunca, sete por vezes, sete com alguma frequência e três muito frequentemente.

Quadro nº 36

Com que frequência tem lidado com o sucesso, com os problemas e com as contrariedades do dia-a-dia?

Nunca	Quase Nunca	Por Vezes	Com Alguma Frequência	Muito Frequentemente
1	2	20	1	1

(Fonte: Questionário de Avaliação e Bem-estar Subjetivo, aplicado em Maio de 2015)

Em relação à frequência com que tem lidado com o sucesso, com os problemas e com as contrariedades do dia-a-dia último mês, um idoso respondeu nunca, dois quase nunca, vinte por vezes, um com alguma frequência e um muito frequentemente.

Quadro nº 37

Com que frequência se tem sentido efetivamente envolvido nas alterações importantes que ocorrem na sua vida?

Nunca	Quase Nunca	Por Vezes	Com Alguma Frequência	Muito Frequentemente
1	4	15	5	0

(Fonte: Questionário de Avaliação e Bem-estar Subjetivo, aplicado em Maio de 2015)

À pergunta de com que frequência se tem sentido efetivamente envolvido nas alterações importantes que ocorrem na sua vida último mês, um utente respondeu nunca, quatro quase nunca, quinze por vezes e cinco com alguma frequência.

Quadro n° 38

Com que frequência se tem sentido confiante acerca da sua capacidade de lidar com os seus problemas?

Nunca	Quase Nunca	Por Vezes	Com Alguma Frequência	Muito Frequentemente
0	5	7	12	1

(Fonte: Questionário de Avaliação e Bem-estar Subjetivo, aplicado em Maio de 2015)

Perguntámos com que frequência se tinha sentido confiante acerca da sua capacidade de lidar com os seus problemas no último mês, cinco utentes responderam quase nunca, sete por vezes, doze com alguma frequência e um muito frequentemente.

Quadro n° 39

Com que frequência tem sentido que as coisas lhe estão a correr de feição?

Nunca	Quase Nunca	Por Vezes	Com Alguma Frequência	Muito Frequentemente
0	7	13	5	0

(Fonte: Questionário de Avaliação e Bem-estar Subjetivo, aplicado em Maio de 2015)

Sete dos participantes quase nunca tem sentido que os acontecimentos lhe estão a correr de feição no último mês, treze por vezes responderam que sim e cinco com alguma frequência.

Quadro nº 40

Com que frequência tem sentido que é incapaz de dar resposta a tudo aquilo que tem para fazer?

Nunca	Quase Nunca	Por Vezes	Com Alguma Frequência	Muito Frequentemente
0	3	12	10	0

(Fonte: Questionário de Avaliação e Bem-estar Subjetivo, aplicado em Maio de 2015)

Três dos inquiridos quase nunca se tem sentido incapaz de dar resposta a tudo aquilo que tem para fazer no último mês, doze por vezes e dez com alguma frequência.

Quadro nº 41

Com que frequência tem sido capaz de controlar situações irritantes na sua vida?

Nunca	Quase Nunca	Por Vezes	Com Alguma Frequência	Muito Frequentemente
0	3	12	9	1

(Fonte: Questionário de Avaliação e Bem-estar Subjetivo, aplicado em Maio de 2015)

Três dos utentes quase nunca tem sido capaz de controlar situações irritantes na sua vida no último mês, doze por vezes, nove com alguma frequência e um muito frequentemente.

Quadro nº 42

Com que frequência tem sentido que tem as coisas sob controle?

Nunca	Quase Nunca	Por Vezes	Com Alguma Frequência	Muito Frequentemente
0	6	14	5	0

(Fonte: Questionário de Avaliação e Bem-estar Subjetivo, aplicado em Maio de 2015)

Seis dos idosos quase nunca têm sentido que as coisas estão sob controle no último mês, catorze por vezes e cinco com alguma frequência.

Quadro nº 43

Com que frequência se tem sentido irritado/ chateado por coisas que estão fora do seu controle?

Nunca	Quase Nunca	Por Vezes	Com Alguma Frequência	Muito Frequentemente
1	8	7	9	0

(Fonte: Questionário de Avaliação e Bem-estar Subjetivo, aplicado em Maio de 2015)

Um dos participantes nunca se tem sentido irritado/ Chateado por coisas que estão fora do seu controle no último mês, oito quase nunca, sete por vezes e nove com alguma frequência.

Quadro nº 44

Com que frequência tem dado consigo a pensar sobre as coisas que tem para fazer?

Nunca	Quase Nunca	Por Vezes	Com Alguma Frequência	Muito Frequentemente
2	4	10	8	1

(Fonte: Questionário de Avaliação e Bem-estar Subjetivo, aplicado em Maio de 2015)

Dois dos indivíduos nunca têm dado consigo a pensar sobre as coisas que tem para fazer no último mês, quatro quase nunca, dez por vezes, oito com alguma frequência e um muito frequentemente.

Quadro nº 45

Com que frequência tem sido capaz de controlar o modo como gasta o seu tempo?

Nunca	Quase Nunca	Por Vezes	Com Alguma Frequência	Muito Frequentemente
1	11	6	7	0

(Fonte: Questionário de Avaliação e Bem-estar Subjetivo, aplicado em Maio de 2015)

Um dos participantes nunca tem sido capaz de controlar o modo como ocupa o seu tempo no último mês, onze quase nunca, seis por vezes e sete com alguma frequência.

Quadro nº 46

Com que frequência tem sentido que as dificuldades se estão a acumular tanto que será incapaz de as superar?

Nunca	Quase Nunca	Por Vezes	Com Alguma Frequência	Muito Frequentemente
0	2	5	14	4

(Fonte: Questionário de Avaliação e Bem-estar Subjetivo, aplicado em Maio de 2015)

Dois dos inquiridos quase nunca tem sentido que as dificuldades se estão a acumular tanto que será incapaz de as superar, no último mês, cinco por vezes, catorze com alguma frequência e quatro muito frequentemente.

5.6.2. Discussão de Resultados

Neste ponto pretende-se discutir os resultados obtidos através do Inquérito de Avaliação Psicossocial e do Questionário de Avaliação e Bem-estar Subjetivo.

Sendo a senescência uma fase de perdas, cabe aos profissionais das áreas da gerontologia, procurarem medidas e estratégias que pretendem retardar e/ou amenizar os efeitos do envelhecimento. Este estudo foi dirigido para a população mais velha, procurando entender as consequências que o processo de institucionalização acarreta para a saúde mental desta faixa etária e tentar proporcionar-lhe melhorias no seu bem-estar e na sua saúde mental, pois um dos grandes desafios das sociedades atuais é permitir que os idosos possam usufruir de uma maior qualidade de vida e independência.

Através do Inquérito de Avaliação Psicossocial foi possível inquirir uma amostra de vinte cinco idosos, onze são do sexo masculino e catorze do sexo feminino, divididos em quatro faixas etárias, situando-se a maioria entre os setenta e oitenta anos, na sua maioria viúvos, sem filhos, analfabetos e que antes da reforma foram trabalhadores rurais. Todos eles têm respeito formal a uma religião e face à situação económica a maioria dos participantes classificaram a mesma como média.

Quanto ao motivo da institucionalização os inquiridos apontaram dificuldades em auto cuidar-se e falta de apoio familiar, sendo a iniciativa de Institucionalização na sua maioria de familiares. Quanto ao tempo de institucionalização, frequentam a instituição há um ano, sem que a sua adaptação se deva à presença de um confidente ou relação íntima na mesma.

A maioria considera que o centro de dia se preocupa com eles, que tem boa relação com os outros residentes e com o pessoal do lar, não esquecendo que existe preocupação por parte da família para com eles, recebendo visitas quase diariamente. Têm privacidade na instituição mas avaliam a alimentação como má.

Em relação a atividades de lazer e importância da ocupação dos tempos livres a maioria deu especial importância a ver televisão, passear, conversar com os amigos, elaboração de trabalhos manuais.

Quanto aos dados recolhidos através do Questionário de Avaliação de Bem-estar Subjetivo, na Escala de Satisfação com a Vida, a maior parte dos inquiridos discorda que na maioria dos aspetos da sua vida está próxima do ideal, discordam ligeiramente que as condições em que decorre a minha vida são excelentes e que estão satisfeitos com a vida, nem concordam nem discordam sobre terem até agora obtido as coisas importantes que queriam na vida, mas se pudessem viver de novo a sua vida, não mudariam quase nada.

Em relação à Escala de Satisfação com a Vida Presente e respondendo à pergunta de 0 a 10, a maioria dos indivíduos assinalaram o patamar cinco, ou seja, localizaram-se num posicionamento intermédio.

Quanto à Escala de Percepções face ao Stress no último mês, referiram quase nunca terem ficado aborrecidos pelo facto de ocorrer um acontecimento inesperado, sendo que, por vezes sentiram a sensação de serem incapazes de controlar os acontecimentos importantes na sua vida e com alguma frequência sentiram-se nervosos ou stressados. Por outro lado afirmam que frequentemente tem lidado com sucesso, com os problemas e com as contrariedades do dia-a-dia, que se têm sentido efetivamente envolvidos nas alterações importantes que ocorrem na sua vida e que se têm sentido confiantes acerca da sua capacidade de lidar com os seus problemas.

Deste modo, por vezes têm sentido que as coisas lhe estão a correr de feição e que quase nunca se têm sentido incapazes de dar resposta a tudo aquilo que tem para fazer. No que concerne ao controlo de situações irritantes na sua vida, por vezes têm sentido que mantêm os acontecimentos sob controlo, mas algumas vezes sentem-se irritados/chateados por algo que está fora do seu alcance.

Pelo mesmo prisma, frequentemente dão consigo a pensar sobre as coisas que tem para fazer mas quase nunca são capazes de controlar o modo como gastam o seu tempo e com alguma frequência têm sentido que as dificuldades se estão a acumular tanto que serão incapazes de as superar.

Em suma, as principais consequências da institucionalização para a saúde mental das pessoas idosas, que frequentam o centro de dia em questão, realça-se que:

- Quanto às características da amostra de vinte cinco idosos, onze são do sexo masculino e catorze do sexo feminino, situando-se a maioria entre os setenta e oitenta anos, na sua maioria viúvos. Neste âmbito, a viuvez é um acontecimento que afeta o nível de saúde mental a curto, médio e longo prazo. As investigações demonstram que a médio prazo as viúvas revelam pouca saúde mental, enquanto que a longo prazo parece existir uma diminuição dos sintomas depressivos. No processo de luto é provável que ocorram alguns distúrbios mentais;

- Devido à elevada taxa de analfabetismo dos idosos que constituem a amostra, o simples facto de precisarem de ajuda para preencher qualquer documentação contribui certamente para uma perda de confiança e para o isolamento social em algumas pessoas idosas, o que se pode repercutir de diferentes formas na sua saúde mental;

- Quanto ao motivo da institucionalização dever-se à existência de dificuldades em auto cuidar-se e falta de apoio familiar, sendo a iniciativa de institucionalização na sua maioria de familiares, podemos concluir que ao nível da saúde mental o idoso possui, em alguns casos, a sensação de que já não há nada a fazer na vida, podendo provocar um declínio na sua autoestima. Por outro lado, existem os que consideram que o centro de dia se importa com eles, que tem boa relação com os outros residentes e com o pessoal do lar e que existe alguma preocupação por parte da família, recebendo visitas quase diariamente;

- Quanto ao nível da adaptação, e sabendo que as alterações que ocorrem na vida da pessoa idosa que ingressa num Centro de Dia podem não ser bem aceites por esta, os inquiridos consideram que têm privacidade na instituição, o que é uma mais-valia, mas avaliam a alimentação como má. Deste modo, baseando-nos no ponto de vista de Squire (2005) as doenças crónicas, as mudanças fisiológicas, a má nutrição podem despoletar problemas psicológicos dos idosos;

- Quanto ao nível das atividades de lazer e importância da ocupação dos tempos livres, a maioria deu especial importância a ver televisão, passear, conversar com os amigos e elaborar alguns trabalhos manuais. O Centro de Dia deve sobretudo colmatar a solidão, que por motivos sociais ou de saúde, obriga aos idosos a passarem várias horas do dia sozinhos e isso traduz-se numa melhoria considerável da sua saúde mental;

- Quanto ao nível de Satisfação com a Vida, a maior parte dos inquiridos discorda que a maioria dos aspetos da sua vida está próxima do ideal, assim podemos dizer que existe algum sentimento de tristeza e frustração o que certamente afetará a saúde mental dos idosos. Este facto é revelado igualmente em relação à Escala de Satisfação com a Vida Presente onde a maioria se localizou num posicionamento intermédio e os restantes foram distribuídos pelos patamares inferiores;

- Quanto à Escala de Perceções face ao Stress no último mês, foi revelada alguma vulnerabilidade ao stress por parte dos indivíduos. O idoso ao ser institucionalizado, ainda que parcialmente, por vezes tem um sentimento de inadaptação ao novo meio, perda de objetivos de vida, afastamento dos familiares e amigos, elementos que podem fazer surgir sentimentos de solidão, inutilidade e falta de motivação, provocando-lhe algum stress.

Parte III- Projeto de Intervenção

5 Proposta de Projeto de Intervenção

No âmbito da elaboração de um projeto de intervenção, considera-se que “ A ação humana, seja individual, seja coletiva, tendo em sua base necessidades e interesses, implica sempre um projeto, que é, em poucas palavras, uma antecipação ideal da finalidade que se quer alcançar com a inovação dos valores que a legitimam e a escolha dos meios para atingi-la.”. (Netto, 1999:12).

Como tal, consideramos que a promoção da saúde mental destes indivíduos, passa por estarem com entes e amigos queridos e fazerem atividades que vão ao encontro das suas escolhas. Face aos resultados obtidos a partir da recolha da informação e tendo em conta os interesses manifestados pelos inquiridos, assim como as suas atividades preferidas, as suas experiências de vida e até profissionais, neste sentido, foi delineada uma proposta de Projeto de intervenção, que visou a viabilização de atividades que colmatem algumas das dificuldades encontradas, tendo em conta as reais prioridades de intervenção. Este projeto denominado “**Partilhar Viveres, Fazer e Conviver**” parece-nos uma mais-valia que pretende atenuar a lacuna que existe para com esta população. Não só numa perspetiva de ocupação, mas também de convívio, educação, partilha intergeracional e de restabelecimento de redes sociais e de novos contatos que permitam combater a solidão. É muito importante que a comunidade propicie aos idosos uma ampliação e melhoramento das relações sociais, pois estará não só a desenvolver atividades produtivas e promocionais mas também a contribuir para o um envelhecimento ativo e uma boa saúde mental.

6.1 Plano de Ação

A finalidade da planificação de atividades consiste na ocupação do utente e no seu envolvimento nas atividades, para que este possa sentir prazer na sua realização, entusiasmando-se pela participação e consciencializando-se que pode dar o seu contributo no desenvolvimento das atividades propostas, desfazendo a imagem pré-concebida de que os idosos são inúteis e inativos.

A realização de atividades com e para os utentes visa proporcionar uma vida mais ativa e mais criativa, assim como a melhoria das relações e da comunicação com os outros, para uma melhor participação na vida da comunidade desenvolvendo a autonomia pessoal e melhorando a sua saúde mental. Como defende Constança Paul a realização de atividades é vital na estimulação dos mais velhos para o uso das capacidades e competências cognitivas no caminho da autonomia e da velhice com sucesso. (Paúl, C., et al, 2005).

O Programa de Intervenção contempla as seguintes atividades:

- Atividade física ou motora;
- Atividade cognitiva ou mental;
- Atividade através da expressão e da comunicação oral e corporal;
- Atividade através da expressão plástica;
- Atividades lúdicas;
- Atividades da Vida Diária;

O Plano de atividades tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos utentes e a promoção da sua saúde mental, tendo como **objetivos gerais:**

- Desenvolver as capacidades ao nível do equilíbrio sócio emocional, das relações interpessoais e inserção no meio sociocultural;
- Promover a inovação e as novas descobertas;
- Valorizar a formação ao longo da vida;

- Proporcionar uma vida mais harmoniosa atrativa e dinâmica e valorizar as capacidades, competências, saberes e cultura do idoso aumentando a sua auto-estima e auto-confiança.

Atividades Físicas ou Motoras

Ginástica e ginástica geriátrica

As aulas de ginástica e ginástica geriátrica têm como objetivo assegurar as condições de bem-estar dos utentes, promovendo a sua saúde, tentando combater o sedentarismo e desenvolvendo as suas capacidades físicas e intelectuais através de tarefas simples de movimentação articular e muscular possibilitando-lhe uma maior qualidade de vida. Esta atividade tem como objetivos específicos o aumento do auto-domínio, melhorar a ocupação dos tempos livres, desenvolvimento das capacidades físicas, combater o sedentarismo e o stress, prevenção das depressões e aumentar a auto-estima. Esta atividade será desenvolvida através de exercícios de aquecimentos, jogos tradicionais e desportivos e caminhadas.

- **Material que poderá ser utilizado:** Bolas, Cordas, Garrafas de plástico, cadeiras, elásticos, paus, tecidos, entre outros.
- **Recursos Humanos:** Psicogerontologa comunitária / Fisioterapeuta.
- **Destinatários:** Todos os utentes do Lar que queiram participar.
- **Dias/Duração:** 2 vezes por semana, durante 60 minutos cada sessão (a ajustar de acordo com as necessidades/limitações dos utentes) .

Atividades Cognitivas ou Mentais

Treino da Escrita

Esta atividade consiste em aulas de alfabetização para os analfabetos e em aulas de treino com o objetivo de manter as capacidades dos utentes letrados.

- **Material:** Papel, material de escrita, quadro, livros de leitura.
- **Recursos Humanos:** Psicogerontologa comunitária / Voluntárias.
- **Destinatários:** Todos os utentes do Lar que queiram participar.
- **Dias/Duração:** 1 vez por semana, durante 60 minutos em grupo. Diariamente exercícios e acompanhamento individualizado.

Jogos de Estimulação Cognitiva

O objetivo dos jogos de estimulação cognitiva é aumentar a atividade cerebral, retardar os efeitos da perda de memória e da acuidade e velocidade percetiva e prevenir o surgimento de doenças degenerativas. Esta atividade será desenvolvida através dos Ateliers de Memória que compreendem o desenvolvimento de: Operações Aritméticas Simples; Jogo das Diferenças; Jogo do Labirinto; Jogo de Memória; Sopa de Letras; Puzzles; Damas.

- **Material:** Papel, Caneta, Livros de Atividades, Puzzle, Damas, entre outros.
- **Recursos Humanos:** Psicogerontologa comunitária / Voluntárias.
- **Destinatários:** Todos os utentes do Lar.
- **Dias/Duração:** 2 vezes por semana, durante 60 minutos cada sessão.

A Hora do Conto

Esta atividade tem como objetivos, prevenir o envelhecimento cognitivo e intelectual, relacionar acontecimentos que os idosos experienciam; desenvolver a atenção, a memória e o raciocínio; desenvolver o sentido da própria identidade, e, quando oportuno o convívio intergeracional.

- **Material:** Livros.
- **Recursos Humanos:** Psicogerontologa comunitária / Voluntárias.
- **Destinatários:** Todos os utentes do Lar.
- **Dias/Duração:** Sempre que oportuno.

Atividades através da Expressão e da Comunicação Oral e Corporal

Conversas /Comentários de Jornais e Revistas

Esta atividade consiste em incentivar os utentes a relacionarem uns com os outros de forma a proporcionar trocas de experiências e vivências. Permite também a troca de ideias, opiniões, sugestões mas também transmissão de sentimentos e emoções através da voz, do comportamento, da postura e do movimento.

- **Material:** Revistas de qualquer tipo.
- **Recursos Humanos:** Psicogerontologa comunitária / Voluntárias.
- **Destinatários:** Todos os utentes do Lar.
- **Dias/Duração:** Sempre que seja oportuno e sem qualquer limite de horário.

Dança

A dança é uma forma de animação que pode e deve ser desenvolvida com os mais velhos, uma vez que para estes a dança está associada a memórias e experiências importantes na sua vida. Esta atividade será desenvolvida através de organização de festas, de bailes e de tardes de dança onde os utentes poderão praticar danças de salão, dança tradicional, dança de roda, dança contemporânea onde os utentes se possam exprimir livremente.

- **Material:** CD's de música popular, Leitor de CD.
- **Recursos Humanos:** Psicogerontologa comunitária / Voluntárias.
- **Destinatários:** Todos os utentes que queiram participar.
- **Dias/Duração:** Dias de festas de aniversário, festas populares, com a duração que os utentes desejarem.

Música

A música nacional e internacional permite alegrar a vida de qualquer pessoa, incentivando os utentes para a interação em grupo, o convívio e o enriquecimento da cultura de cada um. Através da música e do canto, fomenta-se a participação ativa dos utentes, divulgando assim parte da realidade cultural de cada um. Esta atividade será realizada através da prática de ouvir música, cantar assim como tocar instrumentos do gosto de cada um. Por exemplo: Grupo das Janeiras, constituição de um grupo coral e karaoke.

- **Material:** Rádio, Cd's e leitor de Cd's.
- **Recursos Humanos:** Psicogerontologa comunitária / Voluntárias.
- **Destinatários:** Todos os utentes do Lar.
- **Dias/Duração:** 1 a 2 vezes por semana, durante 40 minutos.

Atividades através da Expressão Plástica

As atividades de expressão plástica permitem ao utente exprimir-se, desenvolver e estimular a imaginação e a criatividade através das várias formas de expressão, desenvolver a motricidade fina, a precisão manual e a coordenação psico-motora. Ao realizarem estas atividades evitam o isolamento e o ócio, desenvolvem o sentido crítico, exprimindo as suas preferências e razões das ações, ao mesmo tempo que promove o desenvolvimento e enriquecimento de qualidades grupais, coesão, partilha, trabalho em equipa, confiança, sensibilidade, relações interpessoais, iniciativa, expressão e autocontrolo.

Estas atividades passam por:

- Escultura;
- Pintura;
- Tapeçarias e Bordados;
- Colagens;
- Trabalhos Manuais.
- **Material:** Lã, Algodão, tecido, Agulha, Papel, Canetas, lápis, pincéis, tela, tinta, entre outros.
- **Recursos Humanos:** Psicogerontologa comunitária / Voluntárias.
- **Destinatários:** Todos os utentes do Lar que queiram participar.
- **Dias/Duração:** 2 vezes por semana, durante 60 minutos cada sessão.

Comemorações das Estações do Ano

Tem como objetivos; orientar o utente no tempo, desenvolver a motricidade fina, a destreza manual, a criatividade e o espírito de improvisação dos utentes, assim como, dar a conhecer os trabalhos realizados pelos idosos.

- **Material:** Cartolinas, material de pintura, cola, tesoura, entre outros.

- **Recursos Humanos:** Psicogerontologa comunitária / Voluntárias.

- **Destinatários:** Todos os utentes que queiram participar.

Atividades Lúdicas

A animação lúdica tem por objetivo divertir as pessoas e o grupo, ocupar o tempo, promover o convívio e divulgar os conhecimentos, artes e saberes. Na sua essência, todas as atividades tem estes objetivos mas a animação lúdica é vocacionada principalmente para a essência da animação: o lazer, o entretenimento e a brincadeira.

Atividades Culturais

Estas atividades têm como objetivos, promover o contato com o exterior, contrariar o desenraizamento social dos idosos; incrementar a participação ativa dos idosos; assim como promover o convívio. Estas atividade compreendem: visionamento de filmes, ida ao teatro, museus, exposições, feiras, parques naturais e visitas com fins religiosos a locais sagrados.

- **Material:** DVD's, Leitor de DVD, Meio de transporte.

- **Recursos Humanos:** Psicogerontologa comunitária / Voluntárias.

- **Destinatários:** Todos os utentes que queiram participar.

Jogos de Mesa

Estes jogos permitem promover o convívio e a interação entre os utentes. Esta atividade será desenvolvida através de vários jogos como por exemplo as, Cartas, o Dominó, Jogo do Galo, as Damas.

- **Material:** Cartas, Damas, Papel, Caneta, Dominó.
- **Recursos Humanos:** Psicogerontologa comunitária / Voluntárias.
- **Destinatários:** Todos os utentes do Lar.
- **Dias/Duração:** Sempre que seja oportuno e sem limite de duração.

Informática/Internet

A utilização da informática, e da Internet em particular, pelos idosos pode abrir novas possibilidades de contato com outras pessoas e realidades, nomeadamente aos idosos que por vários motivos têm dificuldade de locomoção. As sessões de informática decorrerão com o principal objetivo de contato com a realidade e aproximação com os familiares, principalmente com os mais jovens.

- **Material:** Computador, Acesso à Internet.
- **Recursos Humanos:** Psicogerontologa comunitária / Voluntárias.
- **Destinatários:** Todos os utentes do Lar que tenham capacidade para participarem.
- **Dias/ Duração:** 1 vez por semana, durante 60 minutos.

Atelier de Culinária

O atelier de culinária tem como objetivos principais, estimular a memória dos utentes, promover o saber-fazer dos utentes e o espírito de grupo.

- **Material:** Material de cozinha.
- **Recursos Humanos:** Psicogerontologa comunitária / Voluntárias.
- **Destinatários:** Todos os utentes do Lar que tenham capacidade para participarem.
- **Dias/ Duração:** Sempre que apropriado.

6.2 Avaliação do Projeto

Todos os projetos necessitam de um plano de avaliação, pois, “A avaliação é uma componente do processo de planeamento. Todos os projetos têm necessariamente um “plano de avaliação” que se estrutura em função do desenho do projeto e é acompanhado de mecanismos de autocontrolo que permitem de forma rigorosa, ir conhecendo os resultados e os efeitos da intervenção e corrigir as trajetórias caso estas sejam indesejáveis (...).” (Guerra, 2002;175).

Existem diferentes metodologias de avaliação com semelhanças e diferenças, se, “Por um lado, todas têm como objetivo recolher informações de apoio à intervenção e todas querem medir a eficácia dos projetos de intervenção. Por outro lado, utilizam diferentes tipos de pesquisa para recolha de informação, os critérios-base de apreciação são diferentes e, assim, a objetividade científica que pode ser pedida a cada uma é também distinta (...).” (Guerra, 2002;188,189).

Existem vários modelos de avaliação que passam pelo modelo de avaliação experimental pela investigação; modelo por objetivos; modelo de avaliação orientada para a decisão; avaliação pela utilização e avaliação múltipla. O modelo de avaliação utilizado, será a avaliação por objetivos em que “as finalidades e os objetivos são os critérios de sucesso da intervenção e o que se pretende é medir a forma e a intensidade com que determinados objetivos foram atingidos” (Guerra, 2002:191). A avaliação por objetivos utiliza “uma grande diversidade de formas de medida, dependendo dos objetivos. Utiliza métodos quantitativos e qualitativos de recolha de informação”

(Guerra, 2002:191). Relativamente ao momento esta avaliação será final, uma vez que se está a avaliar objetivos e resultados que pretendem “verificar os efeitos do projeto no fenómeno social com que se pretendia lidar” (Guerra, 2002:196).

Os instrumentos utilizados para avaliar o projeto consistem na elaboração de fichas de avaliação por atividade.

Quadro nº 47

Quadro de Avaliação Global dos Utentes por Atividade

		Não	Algumas Vezes	Muitas vezes	Sim
1	Conclui a atividade estabelecida.				
2	Interagi com os colegas				
3	Contribuí para o enriquecimento da atividade.				
4	Realizei as tarefas que me foram indicadas.				
5	Fui autónomo na gestão da atividade.				
6	Senti necessidade de pedir ajuda				
7	Geri adequadamente o meu tempo.				
8	Avaliei criticamente o meu trabalho.				
9	A atividade agradou-me.				

Fonte: Molho, Eva (Relatório de Estágio, 2013)

Conclusão

Envelhecer significa a passagem por várias etapas na vida. Em qualquer dessas etapas ocorreram no ser humano alterações ao nível físico, ao nível social e ao nível psicológico.

Na sociedade atual, o envelhecimento populacional é uma realidade. Nesta etapa da vida, em que o declínio físico e cognitivo é irreversível, envelhecer saudavelmente, só se torna possível através da manutenção de atividades significativas a nível físico, intelectual e de uma rede de suporte social sólida.

Nesta perspetiva, reconhece-se a participação comunitária das pessoas idosas como indispensável para uma sociedade inclusiva, participativa, ativa e saudável que promova o bem-estar e a qualidade de vida.

A Psicogerontologia Comunitária, pode ter um papel determinante a este nível, uma vez que possibilita a compreensão de fatores relevantes como os supracitados e pode clarificar se a sociedade está preparada para assegurar condições direitos e dignidade a todos gerentes, podendo culminar no desenvolvimento de intervenções que tenham implicações no envelhecimento ativo da população sénior.

O presente estudo, foi uma mais-valia pois permitiu-nos conhecer a saúde mental e a vulnerabilidade ao stress dos indivíduos, o seu suporte social e os fatores protetores que facilitaram todo o processo institucionalização. As alterações que ocorrem na vida da pessoa idosa que vai para um centro de dia, podem não ser bem aceites por esta, pois, estas mudanças podem ser consideradas como a última etapa da vida, dando ao idoso uma sensação de que já não há nada a fazer na vida, podendo provocar um declínio na sua autoestima.

O centro de dia, associado ou não a outras estruturas de apoio a pessoas idosas constitui uma alternativa ou transição ao internamento definitivo. As principais razões que levam os idosos a procurarem os centros dia, são inicialmente por motivos de saúde, pois estas instituições disponibilizam o acompanhamento e atenção em regime diurno a um preço baixo. Em segundo lugar, por motivos emocionais, muitas pessoas vivem sozinhas, e a inserção nestas estruturas permitem contactos sociais e integração.

Por motivos familiares, quando as famílias têm dificuldades em cuidar dos idosos, seja por razões de saúde, de trabalho ou sobrecarga. (Sannino, 1999, citado em Arrazola, 2003). O autor refere ainda que por vezes a família utiliza o centro de dia como passo prévio ao internamento definitivo.

Em quarto lugar por motivos económicos, uma vez que o centro de dia cobre as necessidades básicas diárias (Benet, 2003). Um dos objetivos do centro de dia é proporcionar uma alimentação cuidada variável e saudável. Com o avançar da idade surgem algumas doenças e através de uma boa alimentação pode-se prevenir e controlar o aparecimento da diabetes, hipertensão arterial, anemia e controlo da obesidade. Uma alimentação correta tem grande influência na saúde física, psicológica e no bem-estar do idoso o que não se verificou neste estudo, pois segundo os nossos inquiridos consideraram ter uma má alimentação.

As doenças crónicas, as mudanças fisiológicas, a má nutrição e a medicação podem despoletar os problemas psicológicos dos idosos. Problemas de visão, audição e reações lentas contribuem certamente para uma perda de confiança e para o isolamento social em algumas pessoas idosas, o que se pode repercutir de diferentes formas: precisar de ajuda para preencher qualquer documentação, estar inseguro com as trocas monetárias efetuadas nas compras e até mesmo precisar de ajuda para andar na e atravessar a rua ou seja, as tarefas que eram noutrora consideradas rotineiras podem tornar-se quase que enviáveis. (Squire, 2005).

O envelhecimento é afetado pelos modos de vida e embora não possa ser evitado, pode ser retardado através de atividades físicas, cuidados com a alimentação, apoio psicológico e estimulação mental. O envelhecimento psicológico é a diminuição das faculdades psíquicas e físicas, originando ao idoso por vezes um sentimento de inadaptação ao meio, perda de objetivos de vida e até um afastamento e isolamentos dos familiares e amigos surgindo sentimentos de solidão e de inutilidade para o idoso. (Mestre, 1999). Algumas mudanças psíquicas que ocorrem no idoso que podem dificultar a sua adaptação aos novos papéis, nomeadamente, falta de motivação, dificuldade em se adaptar às mudanças, baixa autoimagem e autoestima. (Zimerman, 2000).

O envelhecimento é um período no qual ainda é possível reafirmar a identidade pessoal e social, rever a vida e redefinir projetos, no sentido de alcançar uma vida feliz. O ideal seria que, apesar das perdas e mudanças que este estado acarreta, se encare a

vida de uma perspectiva positiva o que em parte está relacionado com todas as experiências pessoais.

Podemos concluir com esta investigação, que as principais consequências da institucionalização para a saúde mental das pessoas idosas, que frequentam o centro de dia em questão, traduzem-se na perda de confiança, isolamento social, que se pode repercutir de diferentes formas na sua saúde mental, algum sentimento de tristeza e frustração, declínio na sua autoestima, bem como a má alimentação/nutrição que pode despoletar problemas psicológicos nos idosos. O idoso ao ser institucionalizado, ainda que parcialmente, por vezes tem um sentimento de inadaptação ao novo meio, perda de objetivos de vida, o afastamento dos familiares e amigos, tudo isto pode fazer surgir sentimentos de solidão e de inutilidade e falta de motivação, provocando-lhes algum stress.

No entanto também se conclui que, o centro de dia ao colmatar a solidão, que por motivos sociais ou de saúde obriga aos idosos a passarem várias horas do dia sozinhos, traduz neste âmbito uma melhoria considerável na sua saúde mental.

Referências Bibliográficas

- Almeida, L., & Freire, T. (2008). “*Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*” (5ªed.). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Araújo, I. M., Paúl, C., Martins, M. (2010) “*Cuidar no Paradigma da longa esperança de vida*” (Direcção Geral de Saúde, 2005; Pertronilho).
- Arrazola, F., Méndez, A., Lezaun, J. (2003). “*Centros de Día – Atención e Intervencion Integral para Personas e Mayores Dependientes e com Deterioro Cognitivo.*” Fundación Matía Gizartekintza – Departamento de Servicios Sociales. Artaso.
- Ascensão, M. (2011). “*Solidão, depressão e qualidade de vida no idoso: Implementação de um programa de intervenção.*” Mestrado Integrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia. Universidade de Lisboa.
- Ballone, G., (2004). “*Transtornos Emocionais no Envelhecimento.*” Disponível em <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=65&sec=16> Acedido a 25/10/2014.
- Baptista, M. (2001). “*A Investigação em Serviço Social.*” Lisboa – São Paulo: Veras.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bennett, K. M. (1997) “*Widowhood in Elderly Women: The medium and long term effects on mental and physical health.*” *Mortality*, 2(2).
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999) “*Psicologia e promoção da saúde.*” Lisboa: CLIMEPSI.
- Benet, A. (2003). “*Los centros de día para personas mayores.*” Edicions de la Universitat de Lleida.
- Boelen, P., Bout, J. & Hout, M. (2003). “*The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative.*” *Behaviour Research and Therapy*, 41.
- Bonfim, C. & Saraiva, M. (1996) “*Centro de Dia (Condições de localização, instalação e funcionamento.)*” Editor, Direcção – Geral da Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação Lisboa.
- Bortolanza, M., Krah, S. & Biasus, F. (2005). “*Um olhar psicopedagógico sobre a velhice*”. *Rev. Psicopedagogia*, 22 (68).

- Camarano, A. (1999). *“Muito Além dos 60: Os Novos Idosos Brasileiros.”* Rio Janeiro: IPEA.
- Cantril, H. (1965). *“The Pattern of Human Concerns.”* Rutgers University Press.
- Carneiro, R., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. & Prette, A. (2007). *“Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais”* Psicologia: Reflexão e Crítica, 20 (2).
- Carvalho, M.I. (2006). *“Orientações da política de cuidados às pessoas idosas dependentes”* – modelo de cuidados em Portugal e nalguns países europeus. Comunicação no Congresso internacional sobre gerontologia. Lisboa.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011); *“Adaptação dos Idosos Institucionalizados.”* Millenium.
- Castiello, M.T. (1996). *“Centro de Día”* : Conceptualizacion. Em: Alda, J., Dompedro, J., Montalbo, M., Centro de Día para Personas Mayores Dependiente, Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales. Madrid.
- Censos (2011) Resultados definitivos-Portugal. Instituto Nacional de Estatistica. Lisboa.
- Cerrato, I. (1996). *“Atencion Psicológica.”* Em: Alda, J.; Dompedro, J.; Montalbo, M.; Centro de Día para Personas Mayores Dependientes, Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales. Madrid.
- Cid, X. & Depia, M. (2007). *“Lazer e Tempos Livres para as gerações idosas”*- perspectivas de animaçãosociocultural e aproximação à realidade Galega. In Osório, Requejo; Pinto, F.. As pessoas idosas-contexto social e intervenção educativa. Lisboa: Instituto Piaget- Colecção Horizontes Pedagogicos.
- Cohne, S.; Kamarck, T. e Mersmelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. Journal of Health and Social Behavior, 24 (4).
- Comissão das comunidades europeias (2005). Livro Verde : *melhorar a saúde mental da população*. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Bruxelas.
- Conrad, K.J., Hughes, S.; et al. (1993). *“Classification of Adult Day Care”*: a cluster analysis of services and activities. Journal of Gerontology: Social Sciences.48, nº 3.

- Dias, V. & Schwartz, G. (2005) “*O lazer na perspectiva do indivíduo idoso.*” Lecturas, Educación Física y Deportes: Revista Digital, Buenos Aires, año 10, n. 87.
- Diener, E. Larsen, R. Levine, S. e Emmons, R. (1985). “*Intensity and Frequency: Dimensions Underlying Positive and Negative Affect.*” Journal of Affect. Journal of Personality and social Psychology, 48.
- Fernandes, A. (1997) “*Velhice e Sociedade – Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal.*” Oeiras: Celta Editora.
- Ferreira, A. (2009). “*A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos de vida: a perspectiva do próprio e do seu cuidador.*” Lisboa: Dissertação de Mestrado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Figueiredo, D. (2007). “*Cuidados familiares ao idoso dependente.*” Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2004). “*O Envelhecimento: Uma abordagem Psicológica.*” Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. (2005). “*Desenvolvimento Humano e Envelhecimento.*” Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2005 a). “*O envelhecimento bem sucedido.*” In C. Paúl, & A. Fonseca, (Coord.), Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (2009). “*O processo de investigação: da conceção à realização.*” Loures: Lusodidacta.
- Fragoeiro, I. (2008). “*A saúde mental das pessoas idosas na região autónoma da Madeira.*” Dissertação de Doutoramento. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Gaugler, J.E., Zarit, S.H. e Townsend, A. (2003). “*Evaluating Community*” – based Programs for Dementia Caregivers: The cost implications of Adult Day.
- Gil, A. (1987). “*Métodos e técnicas de pesquisa social*” Atlas.
- GIL, A. (2008). “*Como elaborar projetos de pesquisa.*” 5. Ed. São Paulo: Atlas.
- Goffman, E. (1974). “*Manicómios, Prisões e Conventos*”. Brasil: Editora Perspectiva.
- Guerra, Isabel (2002). “*Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção*”. Portugal: Princípiã.
- Instituto Nacional de Estatística (2008). INE, I.P.. Lisboa.

- INE (2012), Censos 2011. Disponível em www.ine.pt. (Consultado em 05/07/2015).
- Johnson, M., Bengtson, V. L., & Rice, C. J. (1999). “*Are Theories of Ageing Important? Models and Explanations in Gerontology at the Turn of the Century.*” In V. Bengtson, & K. Warner Schaie (Eds.), *Handbook of Theories of Aging*. Springer, USA.
- Levet, M., (1995) “*Viver depois dos 60 anos*. Lisboa!: Instituto Piaget.
- LIMA, J., PACHECO, J., (2006). “*Fazer Investigação– Contributos para a elaboração de dissertações e teses*”; Porto; Porto Editora.
- Lopes, A., Capricho, L. (2007). “*Manual da Qualidade.*” Lisboa: Recursos Humanos Editora.
- Martins, R. & Santos, A. (2008). “*Ser idoso hoje.*” Artigo publicado em revista científica. Escola Superior de Saúde de Viseu – Unidade de Enfermagem da Reabilitação.
- Martins, R. (2008). “*A depressão no idoso.*” *Millenium – Revista do ISPV*, 34.
- Martins, R. (2010) “*Os idosos e as actividades de lazer.*” Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.
- Manchola, E. (2000) “*Recursos sociosanitarios – el Centro de Dia*” (CD) Psicogeriátrico. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 10, nº2.
- Manual Boas Práticas. 2005 Instituto de Segurança Social, I. P.
- Marques, S. (2011). “*Descriminação na Terceira Idade.*” Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Mazon, L., (2009) “*A construção de significados atribuídos à morte de um ente querido e o processo de luto*” – (Tese de Doutoramento). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Disponível em www.sapiencia.pucsp.br.
- Melo, R. (2004) “*Processo de Luto- o inevitável percurso face à inevitabilidade da morte.*”
- Mestre, O. (1999). “*O envelhecimento e a mobilização.*” *Prevenção das diabetes. Geriatria*, 12, (116).
- Monteiro, M.; Sobral Filho, D. (2004) “*Exercício físico e o controle da pressão arterial.*” *Revista brasileira de medicina do desporto*, São Paulo, vol.10,n.6.
- Neri, A. (org), (1993) *Qualidade de Vida e Idade Madura*, Campinas,SP: Papirus.

- Netto, J. (1999). “*A construção do projeto ético-político do Serviço Sócia frente à crise contemporânea.*” In: Crise contemporânea, questão social e Serviço Social. Capacitação em Serviço Social e política social. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB.
- Netto, M. (2000), “ *Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*”, Editora Atheneu, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte.
- Oliveira, D.; Gomes, L. e Oliveira, R. (2006). “*Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência*”. Revista Saúde Pública, 40 (4).
- ONU, (1999) “*Direitos Humanos e Serviço Social*” – Manual para escolas e profissionais de Serviço Social: Lisboa.
- Ornelas ,J. (2008). “*Psicologia Comunitária*”. Lisboa: Fim de Século.
- Organização das Nações Unidas (2002), Segunda Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento. Disponível em www.onuportugal.pt. (Consultado em 10/1/2015).
- Organização Mundial de Saúde, (2005), “*Envelhecimento ativo: uma política de saúde*” / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: OrganizaçãoPanAmericana da Saúde em http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf acedido em 18/11/2014.
- Organização Mundial de Saúde (1995) The World Healt Organiation Quality of live assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social Science and Medicine V.41, n.10.
- Osório, A., (2007) “*Os idosos na sociedade actual.*” In A. R. Osório & F. C. Pinto (Coord.), As pessoas idosas: Contexto social e intervenção educativa (pp. 11-46). Lisboa: Instituto Piaget.
- Parkes, C. M. (1998) “*Luto: estudos sobre a perda na vida adulta.*” São Paulo: Summus.
- Paúl, M. (1991) “*Panorama demográfico dos idosos em Portugal.*” Geriatria, nº38 (4).
- Paúl, M. (1997) “*Lá para o fim da vida*” – idosos, família e meio ambiente. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I. e Amado, J. (2005). “*Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses.*” Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados. Lisboa: Climepsi.

- Pereira, P., (2002) “*Necessidades Humanas, Subsídios à crítica dos mínimos sociais,*” São Paulo, Cortez.
- Pimentel, L. (2001), “*O lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias*”, Quarteto, Coimbra.
- Pimentel, L. (2005) “*Lugar do Idoso na Família- Contexto e trajectória.*” Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinto, C. (2001). “*Empowerment, uma Prática de Serviço Social. Lisboa*”: ISCSP.
- Poirier, J.; Valladon, S. e Raybaut, P.(1999). “*Histórias de Vida Teoria e Prática*” 2ª Edição. Oeiras: Celta Editora.
- Prodanov, C. e Freitas E. (2013) – “*Metodologia do Trabalho Científico*”, Universidade Feevale, Novo Hamburgo – Rio Grande do Sul – Brasil.
- Quaresma, M.; Fernandes, A. Alexandre; Calado, D. Ferreira; Pereira M., (2004), “*O Sentido das Idades da Vida – Interrogar a Solidão e a Dependência*”, Cesdet edições, Lisboa.
- Rappaport, J. (1992). “*Researching community psychology*”. American Psychological Association: Washington.
- Ribeiro, O. E Paúl, C. (2011). “*Manual de Envelhecimento Activo*”. Lisboa: Lidel.
- Rowe, J. e Kahn, R. (1998). “*Successful Aging.*” New York: Dell Publisher.
- Rosa, M. (1993). “*O desafio social do envelhecimento demográfico.*” Análise Social, vol. 122.
- Rodriguez, P. (1996). “*Los Centros de Día: un servicio de respiro para la familia cuidadora*”. Em: Alda, J.,Dompedro, J., Montalbo, M., Centro de Día para 102 Personas Mayores Dependientes, Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales. Madrid.
- Saint-Georges, P. (1997). “*Pesquisa e crítica das fontes de documentação nos domínios económico, social e político, In Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais,*” de Luc Albarello, Françoise Digneffe, Jean-Pierre Hiernaux, Christian Maroy e Pierre de Saint-Georges Danielle Ruquoy, 15 – 47, Lisboa: Gradiva.

- Sancho, M. (1996). “*Centro de dia: conceptualizacion.*” In Alda, J.; Dompédro, J.; Montalbo, M.; Centro de dia para personas Mayores Dependientes. Madrid: Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales.
- Sousa, L., Figueiredo, D., Cerqueira, M. (2004). “*O recurso aos apoios formais: a família, o idoso e os cuidado(re)s formais. Envelhecer em família Os cuidadores familiares na velhice.*” Âmbar. Porto.
- Sousa, M. e Baptista, C. (2011). “*Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios.*” Lisboa: PACTOR.
- Sequeira, C. (2010). “*Cuidar de idosos com dependência física e mental.*” Lousã: Lidel.
- Serapioni, M. (2005). “*O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais.*” Revista Ciência & Saúde Colectiva 10.
- Silva, S. (2009). “*Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos.*” Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa (Dissertação de Mestrado).
- Silva, M. (2011). “*Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural.*” Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança.
- Squire, A. (2005) “*Saúde e bem estar para pessoas idosas – fundamentos básicos para a prática.*” Loures: Lusociência.
- Teixeira, M. (2008). “*Centro de dia na perspectiva do Utente.*” Dissertação de Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro.
- Trinidad, D. (1996). “*Programas de saúde física.*” In Alda, J.; Dompédro, J.; Montalbo, M.; Centro de Día para Personas Mayores Dependientes. Madrid: Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales.
- Zimmerman, G. (2000). “*Velhice – Aspectos Biopsicossociais.*” Porto alegre: Artmed editora.
- WHO – World Health Organization (2002). Active Ageing: a policy framework. Madrid: World.
- Veras, R. & Caldas, C. (2004). “*Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade.*” Ciência & Saúde Colectiva, 9(2).

Sites Consultados

- http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUEdest_boui=71107&DESTAQUESmodo=2-acedido em 18/10/2014.
- <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/spp/n36/n36a02.pdf>acedido em 08/10/2014.
- http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdfacedido em 06/10/2014.
- <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo15.htm>acedido em 09/10/2014.
- http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdfacedido em 08/10/2014.
- http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/foruns_interdisciplinares_saude/ppqvat/ppqvat_cap18.pdf - acedido em 15/10/2014.
- <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html> - acedido em 15/10/2014.
- <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium40/12.pdf> - acedido em 18/10/2014.
- <http://www.bejadigital.biz/pt/conteudos/territorial/caracterizacao+do+distrito/Concelho+de+Vidigueira/> acedido em 03/10/14.
- <http://conceito.de/metodo-indutivo#ixzz3GCyMMiC0> – acedido em 10/10/14.
- <http://www.pordata.pt/> - acedido em 15/10/2015.
- <http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude.aspx>- acedido em 15/10/2015.

Apêndices

Apêndice - A

Eva Cristina S. Francisco Molho

Urbanização Mourasol Lote 41

7860-356 Moura

Exmo. Sr. Presidente da Associação de

Beneficência de Pedrógão do Alentejo

Praça da Republica nº 4

7960-026 Pedrógão do Alentejo

Assunto: Autorização para realização de Projeto de Intervenção

Venho por este meio pedir autorização a vossa excelência para a realização de um Projeto de Intervenção, na Associação de Beneficência de Pedrógão do Alentejo, no âmbito de Mestrado de Psicogerontologia Comunitária da Escola Superior de Educação de Beja.

O Projeto de Intervenção tem como tema *“Os impactos da institucionalização para a saúde mental das pessoas idosas.”*. Esta investigação tem como objetivo geral investigar os impactos da institucionalização para a saúde mental das pessoas idosas.

Neste sentido, pretenderia realizar a minha investigação com os utentes que frequentam o centro de dia, da Associação de Beneficência de Pedrógão do Alentejo, diagnosticando as principais prioridades de intervenção acerca do tema estudado.

Atenciosamente agradeço a atenção disponibilizada

Pedrógão, 03 de Fevereiro de 2015

Eva Molho

Apêndice - B



Consentimento Informado

Eu, _____

Declaro para os devidos efeitos que, fui devidamente informado (a) dos propósitos do Projeto de Intervenção “ Os Impactos da Institucionalização para a Saúde Mental das Pessoas Idosas “, realizado no âmbito do Mestrado em Psicogerontologia Comunitária, da Escola Superior de Educação de Beja, pela Mestranda Eva Molho, orientada pelo Doutor José Pereirinha Ramalho e co-orientada pela Doutora Ana Isabel Lapa Fernandes.

Mais se declara que, obtive conhecimento do principal objetivo da recolha desta informação e concordei em participar como parte deste projeto.

Declaro ainda que, após a recolha e análise dos dados autorizei a discussão e publicação dos resultados recolhidos.

Apêndice - C

Inquérito de avaliação Psicossocial

1 - Género: Masculino ☐ Feminino ☐

2 – Idade: _____ Data de Nascimento ____/____/____

3 – Estado Civil:

Solteiro ☐ Divorciado(a) ☐

Casado(a) / União de facto ☐ Viúvo ☐

3.1 – Número de Filhos: _____

4 – Escolaridade:

Analfabeto(a) ☐ Até ao 6º Ano ☐

Sabe ler e escrever ☐ Até ao 9º Ano ☐

Até ao 4º Ano ☐ Até ao 12º Ano ☐

5 – Qual a profissão que exercia? _____

6 – Respeito formal de uma religião: Sim ☐ Não ☐

7 – Como classifica a sua situação económica (auto-avaliação):

Má ☐

Média ☐

Boa ☐

Muito Boa ☐

8 – Motivo da Institucionalização:

Dificuldade em auto-cuidar-se ☐ Falta de apoio familiar ☐

Falta de recursos económicos ☐ Não tem família ☐

Outro ☐

9 – Iniciativa de Institucionalização:

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Iniciativa própria | <input type="checkbox"/> | Iniciativa de amigos | <input type="checkbox"/> |
| Iniciativa de familiares | <input type="checkbox"/> | Iniciativa de Assistente Social | <input type="checkbox"/> |

10 – Tempo de Institucionalização: _____anos

Índice adaptação

11 – Presença de um confidente ou relação íntima: Sim ☐ Não ☐

12 – Considera que o lar/Centro de Dia se preocupa verdadeiramente consigo?

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Muito | <input type="checkbox"/> | Pouco | <input type="checkbox"/> |
| Bastante | <input type="checkbox"/> | Muito pouco | <input type="checkbox"/> |
| Nem muito nem pouco | <input type="checkbox"/> | | |

13 – Como considera as suas relações com os outros residentes?

- | | | | |
|------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Muito boas | <input type="checkbox"/> | Más | <input type="checkbox"/> |
| Boas | <input type="checkbox"/> | Muito más | <input type="checkbox"/> |
| Nem boas nem más | <input type="checkbox"/> | | |

14 – Como considera as suas relações com o pessoal do lar?

- | | | | |
|------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Muito boas | <input type="checkbox"/> | Más | <input type="checkbox"/> |
| Boas | <input type="checkbox"/> | Muito más | <input type="checkbox"/> |
| Nem boas nem más | <input type="checkbox"/> | | |

15 – Considera que a sua família se preocupa verdadeiramente consigo?

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Muito | <input type="checkbox"/> | Pouco | <input type="checkbox"/> |
| Bastante | <input type="checkbox"/> | Muito pouco | <input type="checkbox"/> |
| Nem muito nem pouco | <input type="checkbox"/> | | |

16 – Como avalia a privacidade?

- | | | | |
|----------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Muito boa | <input type="checkbox"/> | Má | <input type="checkbox"/> |
| Boa | <input type="checkbox"/> | Muito má | <input type="checkbox"/> |
| Nem boa nem má | <input type="checkbox"/> | | |

17 – Como avalia a sua alimentação?

- | | | | |
|----------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Muito boa | <input type="checkbox"/> | Má | <input type="checkbox"/> |
| Boa | <input type="checkbox"/> | Muito má | <input type="checkbox"/> |
| Nem boa nem má | <input type="checkbox"/> | | |

18 – Com que frequência a sua família costuma visitá-lo?

- | | | | | | |
|----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Diariamente | <input type="checkbox"/> | Mensalmente | <input type="checkbox"/> | Anualmente | <input type="checkbox"/> |
| Semanalmente | <input type="checkbox"/> | Semestralmente | <input type="checkbox"/> | Nunca | <input type="checkbox"/> |
| Quinzenalmente | <input type="checkbox"/> | Trimestralmente | <input type="checkbox"/> | | |

Índice de atividades de lazer

Importância atribuída a ocupação dos tempos livres

20 – Ler:

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Muita | <input type="checkbox"/> | Pouca | <input type="checkbox"/> |
| Bastante | <input type="checkbox"/> | Muito pouca | <input type="checkbox"/> |
| Nem muita nem pouca | <input type="checkbox"/> | | |

21 – Ver televisão:

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Muita | <input type="checkbox"/> | Pouca | <input type="checkbox"/> |
| Bastante | <input type="checkbox"/> | Muito pouca | <input type="checkbox"/> |
| Nem muita nem pouca | <input type="checkbox"/> | | |

22 – Ouvir Musica:

Muita	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>
Bastante	<input type="checkbox"/>	Muito pouca	<input type="checkbox"/>
Nem muita nem pouca	<input type="checkbox"/>		

23 – Passear:

Muita	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>
Bastante	<input type="checkbox"/>	Muito pouca	<input type="checkbox"/>
Nem muita nem pouca	<input type="checkbox"/>		

24 – Outros trabalhos manuais

Muita	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>
Bastante	<input type="checkbox"/>	Muito pouca	<input type="checkbox"/>
Nem muita nem pouca	<input type="checkbox"/>		

25 – Jogar às cartas:

Muita	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>
Bastante	<input type="checkbox"/>	Muito pouca	<input type="checkbox"/>
Nem muita nem pouca	<input type="checkbox"/>		

26 – Conversar com os amigos:

Muita	<input type="checkbox"/>	Pouca	<input type="checkbox"/>
Bastante	<input type="checkbox"/>	Muito pouca	<input type="checkbox"/>
Nem muita nem pouca	<input type="checkbox"/>		

Anexos



Instituto Politécnico de Beja

Escola Superior de Educação

Mestrado em Psicogerontologia Comunitária



Questionário de avaliação do bem-estar subjectivo

Traduzido e adaptado por Ferreira, J.P. (2005), com a permissão de Giatras, N. (2003) Department of Exercise and Health Sciences, University of Bristol,.

Por favor, responda às questões seguintes relacionadas com o seu dia-a-dia.

Secção A: Sobre si

- A1. Idade []
- A2. Género (c/ círculo): Masculino / Feminino
- A3. Estado Civil (c/ círculo): Solteiro Casado Divorciado Viúvo
- A4. Localidade: _____
- A5. Profissão /Actividade: _____ (se aplicável)
- A6. Escolaridade: Até 4ª classe _____
 Até 6ª ano _____
 Até 9ª ano _____
 Até 12º ano _____
 Licenciatura _____

Secção B: Satisfação com a vida

Direcções: Em baixo, estão cinco afirmações com as quais pode concordar ou discordar. Indique a sua concordância com cada item colocando um X no respectivo quadrado.

		DT: Discordo Totalmente	D: Discordo	DL: Discordo Ligeiramente	N: Nem Concordo nem Discordo	CL: Concordo Ligeiramente	C: Concordo	CT: Concordo Totalmente	
		DT	D	DL	N	CL	C	CT	
B1.	Na maioria dos aspectos a minha vida está próxima do ideal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B2.	As condições em que decorre a minha vida são excelentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B3.	Estou satisfeito com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B4.	Até agora, obtive as coisas importantes que queria na vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B5.	Se pudesse viver de novo a minha vida, não mudaria quase nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Secção C: A sua vida presente

Direcções: Aqui está o desenho de uma escada. O topo da escada representa a melhor vida possível para si e o degrau mais baixo da escada representa a pior vida possível para si. Em que nível da escada se encontra, **actualmente**? (Assinale com um círculo)



10 = A melhor vida possível, no momento

•

•

•

•

•

5

•

•

•

•

•

0 = A pior vida possível, no momento

Direcções: As afirmações seguintes são relativas aos seus sentimentos e pensamentos durante o **último mês**. Em cada caso, por favor assinale a sua escolha colocando uma cruz no quadrado apropriado.

N: Nunca QN: Quase nunca PV: Por vezes AF: Com alguma frequência MF: Muito frequentemente

No último mês:

	N	QN	PV	AF	MF
... com que frequência tem ficado chateado pelo facto de ocorrer um acontecimento inesperado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... com que frequência tem sentido a sensação de ser incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... com que frequência se tem sentido nervoso(a) ou stressado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... com que frequência tem lidado com sucesso com os problemas e com as contrariedades do dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... com que frequência se tem sentido efectivamente envolvido(a) nas alterações importantes que ocorrem na sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... com que frequência se tem sentido confiante acerca da sua capacidade de lidar com os seus problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... com que frequência tem sentido que as coisas lhe estão a correr de feição?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... com que frequência tem sentido que é incapaz de dar resposta a tudo aquilo que tem para fazer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... com que frequência tem sido capaz de controlar situações irritantes na sua vida ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... com que frequência tem sentido que tem as coisas sob controlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... com que frequência se tem sentido irritado/ chateado por coisas que estão fora do seu controlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... com que frequência tem dado consigo a pensar sobre as coisas que tem para fazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... com que frequência tem sido capaz de controlar o modo como gasta o seu tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... com que frequência tem sentido que as dificuldade se estão a acumular tanto que será incapaz de as superar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>